

Zorgen voor Zorgketens

**Integratie en fragmentatie in de
ontwikkeling van zorgketens**

Isabelle Natalina Fabbricotti

Layout en print: Optima Grafische Communicatie, Rotterdam

Omslag: Collage 'La Creazione di Adamo' (1511) van Michelangelo Buonarroti (1475-1564),
Sixtijnse Kapel, Vaticaanstad.

ISBN-10: 90-8559-258-5

ISBN-13: 978-90-8559-258-7

Zorgen voor Zorgketens

Integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens

Taking care of integrated care

Integration and fragmentation in the development of integrated
care arrangements

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de
rector magnificus

Prof.dr. S.W.J. Lamberts

en volgens besluit van het College voor Promoties

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
donderdag 8 februari 2007 om 13.30 uur

door

Isabelle Natalina Fabbricotti
geboren te Voorburg

Promotiecommissie

Promotoren: Prof.dr. R. Huijsman, MBA

Prof.dr. P.L. Meurs

Overige leden: Prof.dr. G. de Vries

Prof.dr. C. Spreeuwenberg

Prof.dr. A.J.P. Schrijvers

INHOUDSOPGAVE

Inleiding

1	Inleiding	13
1.1	Het verbeteren van de zorgverlening met zorgketens	13
1.1.1	De opkomst van zorgketens	14
1.1.2	Een complexe opgave	15
1.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	16
1.3	Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	17
1.3.1	Handvatten voor de praktijk	17
1.3.2	Voortbouwen en reflecteren op wetenschappelijke kennis	18
1.4	Theoretische uitgangspunten	19
1.4.1	Het functionalistische en interpretatieve paradigma	19
1.4.2	Institutionalisering, actor- en systeembenadering	20
1.4.3	Interorganisationale en institutionele theorie en theorie over de ontwikkeling van zorgketens in de Verenigde Staten	20
1.5	Onderzoeksopzet	23
1.6	Leeswijzer	24

Theorie en Methodologie

2	Zorgketenvorming in de Verenigde Staten: theoretische lessen	29
2.1	Inleiding	29
2.2	Het Amerikaanse ketenconcept	30
2.3	Het ontwerpen van zorgketens: basisprincipes	31
2.4	Integratieprocessen in zorgketens	34
2.4.1	De systeemvisie en missie	34
2.4.2	De systeemcultuur	35
2.4.3	De systeemstrategie	36
2.4.4	Systeemleiderschap	36
2.4.5	Functional integration	39
2.4.6	Physician integration	42
2.4.7	Clinical integration	44
2.5	Het slagen en falen van zorgketenvorming	46
2.6	Vijf concepten over de ontwikkeling van zorgketens	48
2.7	Volledigheid en toepasbaarheid model	50

3	Zorgketens vanuit een interorganisatieel en institutioneel perspectief	53
3.1	Inleiding	53
3.2	Motieven om zorgketens te ontwikkelen	54
3.2.1	Interdependentie: vormen van afhankelijkheid als motief	54
3.2.2	Embedded relations: de invloed van relaties tussen partijen op de keuze	55
3.3	Een kader voor het bestuderen van zorgketenontwikkelingen	57
3.3.1	Zorgketens als interorganisatiele organisaties	58
3.3.2	Het analyseren van interorganisatiele organisaties	59
3.3.3	Het bestuderen van netwerkontwikkelingen	60
3.4	Zorgketenontwikkelingen naar institutionele theorieën	63
3.4.1	Instituten: een veelzijdig begrip	64
3.4.2	Typen institutionaliseringsprocessen	65
3.4.3	Macht, belangen en bronnen van actoren	69
3.5	De rol van actoren in interorganisatiele theorieën	71
3.6	Veranderende structuren, culturen, sociale relaties en belangen	75
3.6.1	Sociale integratie in het werk van Doorn en Lammers	76
3.6.2	Netwerkgeoriënteerde sociale integratie in het werk van Metcalfe	77
3.6.3	Bronnen en machtsgerelateerde integratie in het werk van Benson	79
3.6.4	Netwerkvorming als sociaal integratieproces van Mijs	81
3.7	De ontwikkeling van zorgketenstructuren	84
3.7.1	Het verbinden van de organisaties in de zorgketen: relationele eigenschappen	84
3.7.2	Netwerktopologieën: eigenschappen van netwerkcollectiviteiten	89
4	Theoretisch conceptueel model en methodologie	93
4.1	Inleiding	93
4.2	Het theoretisch conceptuele model	93
4.2.1	De conceptualisering van institutionaliseringsprocessen	93
4.2.2	De conceptualisering van de rol van actoren	95
4.2.3	De conceptualisering van de ontwikkeling van structuren	97
4.2.4	Een model voor de ontwikkeling van zorgketens	98
4.3	Methodologie	100
4.3.1	Het kwalitatieve onderzoek: de case study	100
4.3.2	Het kwantitatieve onderzoek	105

Empirie en Analyse

5	Fuseren van stand alone organisatie tot zorgketen	109
5.1	Inleiding	109
5.2	De ontwikkeling van zorgketens in getal	110
5.2.1	De omvang van de zorgketenontwikkeling: zijn zorgketens de nieuwe norm?	110

5.2.2	Fusietrajecten: zijn er meerdere wegen naar zorgketens?	112
5.2.3	Eén of meer zorgketenvormen: is er een blauwdruk voor zorgketens?	116
5.3	De ontwikkeling van zorgketens in geschrift: drie verhalen	118
5.3.1	De fusiegeschiedenis van Rivas Zorggroep	118
5.3.2	De fusiegeschiedenis van Carint	123
5.3.3	De fusiegeschiedenis van Pantein	128
5.4	Conclusie: diversiteit en padafhankelijkheid in de zorgketenontwikkeling	132
6	Het ontwikkelen van concernstructuren	137
6.1	Inleiding	137
6.2	Het ontwikkelen van concernstructuren	138
6.2.1	Meervoudige doelbereiking als fundament	138
6.2.2	Beredeneerd gefaseerd structureren	139
6.2.3	De gekozen concernstructuren	143
6.3	Het ontwikkelen van managementstructuren	144
6.4	Het ontwikkelen van een structuur voor de ondersteunende diensten	147
6.5	Het ontwikkelen van beleids- en overlegstructuren	152
6.6	De voor- en nadelen van structuren?	156
6.6.1	Het succes en falen van concernstructuren	157
6.6.2	Bestuurbare en stuurloze zorgketens	158
6.6.3	Centralisatie of decentralisatie van de ondersteuning?	162
6.6.4	De geschiktheid van beleids- en overlegstructuren	164
6.7	Structurele integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens	166
6.7.1	Dualiteit in zorgketendoelen	167
6.7.2	Structuurdilemma's	169
6.7.3	Structuurconfiguraties van zorgketens	176
6.7.4	Het ontwikkelen van doelbereikende zorgketens	179
7	Het ontwikkelen van ketentrajecten	181
7.1	Inleiding	181
7.2	Ketentrajecten als middel om integrale zorg te realiseren	182
7.3	De ontwikkeling van ketentrajecten wonen, zorg en welzijn voor ouderen	183
7.3.1	Het ontwikkelen van woon, zorg en welzijnsvoorzieningen voor ouderen	183
7.3.2	Het ontwikkelen van coördinatiemechanismen	188
7.4	Gelijksoortigheid of verscheidenheid in de ketentrajectontwikkeling	197
7.4.1	Het ontwikkelen van voorzieningen voor het CVA-ketentraject	198
7.4.2	Het ontwikkelen van coördinatiemechanismen in het CVA-ketentraject	200
7.4.3	Interferentie tussen ketentrajecten	203
7.5	Ketentrajectontwikkelingen en concernvorming	204

8	Belangen bij de ontwikkeling van zorgketens	211
8.1	Inleiding	211
8.2	Geboeid door wonen, zorg en welzijn voor ouderen	212
8.2.1	Het delen of verdedigen van het thuiszorg- en verzorgingshuisdomein	212
8.2.2	Het beste medicijn voor ouderen	215
8.2.3	De verpleeg- en verzorgingshuiswereld verbonden	217
8.2.4	Gemeentepolitiek in het welzijnsveld	218
8.2.5	Bouwen aan ketentrajecten	220
8.2.6	Een logistiek gevecht	221
8.3	Beroering over CVA-patiënten	222
8.3.1	Rouleren rond de medische as	222
8.3.2	Revalidatie of reactivering	224
8.3.3	Domeindiscussie onder paramedici	225
8.3.4	Dominantie van het ziekenhuis	226
8.4	Het krachtenveld rondom de concernstructuur	227
8.4.1	Niet belangeloos managen	227
8.4.2	Machtige ondersteuningsstructuren	231
8.5	Patronen in de invloed van belangen, macht en middelen	233
8.5.1	Kenmerken van actoren: strijdige en samenvallende belangen	233
8.5.2	Relaties tussen actoren: het reguleren van interdependenties	240
8.5.3	Omgaan met omgevingsinvloeden	242
8.5.4	De besluitvormingscontext	243
8.6	Conclusie: de invloed van belangen van actoren op structuurontwikkelingen	245
9	Sociale relaties en de ontwikkeling van zorgketens	249
9.1	Inleiding	249
9.2	Het belang van kennis	250
9.2.1	Kennis onder professionals	250
9.2.2	Managers: ken uw zorg	252
9.2.3	Nieuwe kennisvelden voor de ondersteuning	253
9.3	(On)gelijkwaardige waardering	255
9.3.1	De zorgpiramide	255
9.3.2	De invloed van de beeldvorming op de ontwikkeling van structuren	256
9.4	Persoonlijke fit en mis-fit	258
9.5	Conclusie: sociale verhoudingen en de ontwikkeling van zorgketens	260
9.5.1	Processen van sociale integratie en fragmentatie in zorgketens	260
9.5.2	Ontwikkelingen als resultanten van sociale verhoudingen en belangen	262

10	Culturen en de ontwikkeling van zorgketens	265
10.1	Inleiding	265
10.2	Het palet aan culturen in zorgketens	266
10.2.1	De ene werkwijze is de andere niet	266
10.2.2	Anders cliënten benaderen	269
10.2.3	Culturele diversiteit of dominantie	271
10.3	De zwakte en kracht van cultuurverschillen	272
10.3.1	Aversie tegen samenwerking	272
10.3.2	Aversie tegen cultuurverandering	274
10.3.3	De kracht van cultuurverschillen	275
10.4	Het streven naar eenheid in zorgketenculturen	276
10.4.1	Het ontwikkelen van nieuwe symbolen, waarden en normen	276
10.4.2	Elementen van een zorgketencultuur	277
10.4.3	Eenheid of verscheidenheid in zorgketenculturen	279
10.5	Conclusie: cultuur en de ontwikkeling van zorgketens	280
10.5.1	Cultuurverschillen als bevorderende en belemmerende basis	280
10.5.2	Het dichten van de kloof tussen culturele integratie en fragmentatie	281
10.5.3	De grenzen aan culturele integratie	283

Conclusie en discussie

11	Conclusie en discussie	289
11.1	Inleiding	289
11.2	De wijze waarop de ontwikkeling van zorgketens verloopt	290
11.2.1	Het ontwikkelen van structuren voor zorgketens	290
11.2.2	Het binden van actoren aan zorgketens	296
11.2.3	Processen van integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens	298
11.3	Reflecties op de resultaten	300
11.3.1	Variaties in het verloop van de ontwikkeling: vier configuraties	300
11.3.2	De waarde van zorgketenvorming	304
11.4	Methodologische reflecties	306
11.4.1	De kwaliteit van het kwantitatieve onderzoek	307
11.4.2	Validiteit en generaliseerbaarheid van de case study	307
11.4.3	Lineariteit of intergerelateerdheid	311
11.5	Theoretische reflecties	312
11.5.1	De waarde van theorieën voor de ontwikkeling van zorgketens	312
11.5.2	Bevestiging en aanvulling van wetenschappelijke kennis	312
11.6	Aanbevelingen voor onderzoek	315
11.7	Aanbevelingen voor de praktijk	318

Literatuur

Geraadpleegde literatuur	325
Geraadpleegde literatuur documentenanalyses	335

Bijlagen

Bijlage 1 Kenmerken cases	343
Bijlage 2 Respondenten	347
Bijlage 3 Interviewvragen naar aspect model	351
Bijlage 4 Het kwantitatieve onderzoek	353

Afkortingen 363

Samenvatting 365

Summary 375

Nawoord 385

Curriculum Vitae 389

Inleiding



Inleiding

1.1 Het verbeteren van de zorgverlening met zorgketens

Het verbeteren van de zorgverlening is een permanent onderwerp in debatten over de gezondheidszorg. In beleidsrapporten, onderzoek en de media wordt regelmatig een beeld geschetst van een gezondheidszorg in crisis. Het aanbod sluit niet aan op de vraag. De kosten en beschikbare middelen lopen uiteen. De geleverde kwaliteit is onder de maat. De zorg is onvoldoende bestuurbaar en niet vraaggericht genoeg.

In de gezondheidszorg worden vele strategieën beproefd om deze knelpunten weg te nemen. Eén van de strategieën is om zorgketens te ontwikkelen. Zorgketens zijn vormen van geïnstitutionaliseerde regionale of lokale samenwerking van instellingen en beroepsbeoefenaren, gericht op het faciliteren van de samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor (specifieke) patiëntencategorieën (RVZ, 1998). Het ontwikkelen van zorgketens is een strategie die ingrijpt op de wijze waarop de zorg is georganiseerd. De rationale achter de strategie is dat de fragmentatie onder zorgaanbieders een integrale, doelmatige en bestuurbare zorgverlening belemmert, terwijl integrale samenwerking deze juist bevordert (Mur-Veeman e.a., 2001; Hardy e.a., 1999). De kern van de strategie is om organisaties te integreren binnen zware juridische constructies. Zorgketens zijn daarom het resultaat van fusies en holdingvorming onder ongelijksoortige organisaties en in het veld te herkennen als concerns met een eigen management en ondersteunend apparaat. Op primair procesniveau worden in samenwerking met andere zorgaanbieders ketentrajecten ontwikkeld om integrale zorg te kunnen leveren. Ketentrajecten zijn geïntegreerde primaire processen voor specifieke cliëntcategorieën. In ketentrajecten zijn voorzieningen en werkzaamheden van professionals zodanig op elkaar afgestemd dat cliënten altijd en overal zorg krijgen, die aansluit op hun integrale behoeften. De integrale samenwerking op uitvoerend niveau krijgt vorm binnen deze ketentrajecten. De management- en ondersteuningsstructuren worden in zorgketens geïntegreerd om de procesgang in de ketentrajecten te ondersteunen.

Het ontwikkelen van zorgketens is een erkende, maar complexe strategie. Het is geenszins eenvoudig om organisaties te integreren. In deze studie wordt de ontwikkeling van zorgketens bestudeerd om die complexiteit te ontrafelen. In deze inleidende paragraaf wordt de context

beschreven waarbinnen zorgketens zijn opgekomen, als ook uiteengezet waarom het ontwikkelen van zorgketens een complexe opgave is.

1.1.1 De opkomst van zorgketens

Aan de basis van het ontstaan van zorgketens ligt een onvrede bij beleidsmakers, zorgaanbieders en cliënten over de organiseringswijzen in de gezondheidszorg. Zorg is lange tijd verleend binnen de huiselijke of charitatieve sfeer (Nies & Boekholdt, 1994). Overheidsbemoeienis kreeg pas rond de jaren '50 gestalte. Het beleid van de overheid was voornamelijk gericht op de opbouw van voorzieningen (Huijsman & de Klerk, 1997). In de periode 1955 tot 1970 leidde dit beleid tot een toename aan intramurale voorzieningen en een sterke differentiatie en professionalisering in de zorgsector. Het zorgaanbod bestond voornamelijk uit een groot aantal verbijzonderde aanbodgestuurde voorzieningen. In de zorg stond niet de vraag van de cliënt centraal, maar de specialisaties van de zorgaanbieders (Dijck, 1982; Hendrix e.a., 1991). Cliënten kregen slechts de zorg die aanbieders standaard boden. Zij werden doorverwezen als het aanbod niet toereikend was. Het herhaaldelijk doorverwijzen van cliënten deed echter geen recht aan hun integrale behoeften en de benodigde continuïteit in hun zorg.

Integrale samenwerking als nieuw credo

In de jaren '60 groeide het besef dat de ontstane differentiatie en aanbodgerichtheid de samenhang in de zorg belemmerden. Het was nauwelijks mogelijk om het aanbod aan te laten sluiten bij sectoraal overschrijdende zorgvragen (Godfroij, 1981). De versnippering leidde tot gebrek aan continuïteit, ondoelmatigheid en sturingsproblemen (Dijck, 1982). De verkokerde structuur werd steeds meer ter discussie gesteld en beleid gericht op het integreren van voorzieningen deed rond de jaren '70 haar intrede (Nies & Boekholdt, 1994). In 1975 werd in de tweede Nota Bejaardenbeleid voor het eerst gesproken over 'gesloten circuits' als nieuwe organiseervorm om samenhang in de zorg te bewerkstelligen. Met gesloten circuits werd bedoeld op een systeem van voorzieningen waarbinnen voorzien kon worden in de integrale behoeften van cliënten door het organisatorisch verbinden van verschillende elementen van dat systeem (CRM, 1975). Integrale samenwerking tussen organisaties zou hét middel zijn om deze circuits te realiseren. Samenwerking werd ook als middel gezien om de bestuurbaarheid en doelmatigheid in de zorg te verbeteren. Regionalisering en echelonneringen werden in die tijd met de Structuurnota Gezondheidszorg nieuwe orderingsprincipes, die uitgingen van regionale integrale samenwerking. Voorzieningen dienden als een samenhangend stelsel op overzichtelijk wijze en zo dicht mogelijk bij de cliënt regionaal verspreid te worden (MVM, 1974).

De basis die in deze periode is gelegd voor integrale samenwerking is nooit verdwenen. De voortschrijdende roep om kostenbeheersing bij een dubbele vergrijzing, de wens van zorgvragers om zo lang mogelijk thuis te wonen met garantie op zorg en de toenemende aandacht

voor vraaggestuurde zorg noopten beleidsmakers evenwel te blijven zoeken naar geschikte organiseeralternatieven (Cox & Daal, 1995). De alternatieven bleven echter doordrongen van een integrale samenwerkingsgedachte, zo blijkt uit het Rapport Modernisering Ouderenzorg (1994) en het Rapport Zicht op zorg (1999). In beide rapporten bleef samenwerking op regionaal niveau hoog op de beleidsladder staan (Huijsman, 1998). Slechts weinig beleidsrapportages na die tijd geven een ander beeld. Aansturing op integrale samenwerking is, als één van de strategieën om de zorgverlening te verbeteren, niet meer weg te denken uit de gezondheidszorg.

Actie en reactie van het veld

Zorgaanbieders hebben eveneens een flinke hand gehad in het centraal stellen van integrale samenwerking. Door de toenemende mondigheid van cliënten en de opkomst van technologische mogelijkheden werd de vraag naar integrale zorg steeds hoorbaarder en realiseerbaar. De emancipatie van zorggebruikers en nieuwe perspectieven op de positie van cliënten in het zorgsysteem maakten dat cliënten niet langer afwachtten welke zorg zij kregen. Zij gingen eisen dat de geleverde zorg aan hun behoeften voldeed (Gröne & Garcia-Barbero, 2001; Gross e.a., 2004; Nies, 2004). Versterkt met wet- en regelgeving werd patiëntgerichtheid en vraaggerichtheid een legitimerende basis voor het verlenen van zorg. Zorgaanbieders zagen zich genooddaakt om de zorg zodanig te organiseren dat cliënten de juiste zorg, op de juiste plaats en op het juiste moment kregen (Huijsman, 1998; Kodner & Spreeuwenberg, 2002). De vraag oversteeg tegelijkertijd het schaarse aanbod door demografische ontwikkelingen en kostenbeheersingsmaatregelen. Als gevolg hiervan ontstonden lange wachttijden en verkeerde bedproblemen. Zorgaanbieders kregen te kampen met vraagstukken op het terrein van kwaliteit van zorg, cliënttevredenheid en financiële overleefbaarheid. Zij grepen eveneens naar integrale samenwerking als oplossing voor deze problemen. In de jaren '70 en '80 begonnen zorgaanbieders op basis van afspraken en overeenkomsten met elkaar samen te werken. In de jaren '90 werden gesmede banden met fusies en holdingconstructies verstevigd. De mening was dat de verschillende schakels van het zorgverleningsproces, de ondersteuning en het management het beste met zware juridische constructies aan elkaar gekoppeld konden worden om samenhangend, bestuurbaar en doelmatig zorg te verlenen. De concerns, die hiermee ontstonden, werden in navolging van bedrijfskundige en economische typeringen zorgketens genoemd.

1.1.2 Een complexe opgave

Het ontwikkelen van zorgketens is inmiddels een trend geworden in de gezondheidszorg. Het beeld van een gefragmenteerd veld vol zelfstandige aanbodgeoriënteerde organisaties begint te vervagen. De inrichting van de gezondheidszorg kenmerkt zich steeds meer door de aanwezigheid van een diversiteit aan zorgketens. Zorgaanbieders worstelen echter met de wijze waarop met zorgketens aan de veronderstelde verwachtingen kan worden voldaan. Het is zoeken naar structuren waarmee de gestelde doelen bereikt kunnen worden. Een vluchtige blik

op het veld laat zien dat de keuzes voor structuren verschillen. Het is echter onbekend waarom zorgketenstructuren verschillen, terwijl het realiseren van doelmatigheid, bestuurbaarheid en integrale zorg eensluidend als doelen centraal staan. De wijze waarop het ontwikkelen van structuren wordt opgepakt is een nog weinig ontgonnen onderzoeksgebied.

De ontwikkeling van zorgketens is tevens een complex vraagstuk, omdat deze zich over vele professionele en organisatorische domeinen voltrekt. Steeds is rekening te houden met verschillen in culturen, werkwijzen, belangen, status, regelgeving en financiering. Deze worden veelal benaderd als belemmerende factoren. Actoren zouden op basis hiervan de ontwikkeling tegenhouden of vertragen (Hardy e.a., 1999, 2003; Mur-Veeman e.a., 2003; Nies, 2004; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Glendinning, 2002; Defever, 2004; Leichsenring, 2004; Raak e.a., 1999). Inzicht in de preciezere invloed van actoren en deze factoren en de relatie ertussen ontbreekt echter en daarmee kennis over de wijze waarop ontwikkelprocessen zich voltrekken en worden aangestuurd (Hébert & Veil, 2004; Mur-Veeman e.a., 2001, 2003; Hardy e.a., 2003).

Het ontwikkelen van zorgketens is weliswaar een veelvuldig nagestreefde strategie, maar ook een complexe en weerbarstige opgave, waarover nog vele vragen bestaan. Deze vragen en het ontbreken van systematische kennis over de ontwikkeling van structuren en de invloed van actoren vormen de aanleiding voor deze studie.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van deze studie is om inzicht te bieden in de vormgeving van zorgketens en de processen die gepaard gaan met het ontwikkelen van zorgketens. Met het onderzoek wordt meer specifiek het volgende beoogd:

- het geven van inzicht in de wijzen waarop zorgketens gestructureerd worden;
- het geven van inzicht in factoren die de ontwikkeling van zorgketens beïnvloeden;
- het geven van inzicht in de wijzen waarop actoren handelen bij het ontwikkelen;
- het belichten van de procesgang bij het ontwikkelen van zorgketens;
- het bijdragen aan de conceptualisering van de ontwikkeling van zorgketens.

In deze studie is gekozen voor een aspectbenadering om deze inzichten te geven. De dynamiek bij het ontwikkelen van zorgketens is bestudeerd langs de dimensies structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen. De volgende probleemstelling en deelvragen zijn hierbij leidend geweest:

Op welke wijze verloopt de ontwikkeling van zorgketens?

1. Vanuit welk samenstel van motieven worden zorgketens ontwikkeld?
2. Hoe verlopen de fusies tot zorgketens?

3. Welke structuren worden ontwikkeld voor zorgketens en wat is de aard van de structureeringsprocessen waarlangs de ontwikkeling zich voltrekt?
4. Hoe handelen actoren met het oog op hun belangen, sociale verhoudingen en culturele tradities en met welke processen gaat de ontwikkeling daardoor gepaard?

De eerste deelvraag bevraagt waarom organisaties zorgketens ontwikkelen. Hierboven is besproken dat motieven van organisaties en impulsen uit de omgeving de ontwikkeling van zorgketens hebben gestuurd. Meer inzicht is nodig in het samenstel van deze motieven, de vertaling ervan in doelen en de invloed van deze doelen op de ontwikkeling van zorgketens.

In de tweede deelvraag staan de fusies centraal, die uiteindelijk leiden tot het ontstaan van zorgketens. Bestudeerd is welke organisaties met elkaar fuseren, hoe fusietrajecten lopen, hoeveel zorgketens in de loop van de jaren zijn ontstaan en wat de omvang en samenstelling van deze zorgketens is.

Het ontwikkelen van zorgketens omvat echter meer dan fusies. Organisaties gaan zich met nieuwe structuren en taakverdelingen verbinden rondom een continuüm van zorg. De omslag naar zorgketens gaat daarbij gepaard met nieuwe manieren van werken, doelen, sociale relaties en nieuwe machtsverhoudingen. De gevestigde orde in organisaties komt ter discussie te staan. Actoren reageren op deze aantasting van belangen, posities en routines. Continu spelen structuurgerelateerde vraagstukken en vraagstukken op het gebied van menselijke interacties. De ontwikkeling van zorgketens is vanuit beide invalshoeken bestudeerd. In de derde deelvraag staan de structuurkeuzen centraal en de processen die gepaard gaan met het implementeren van structuren. De vierde deelvraag is gericht op de rol van actoren. Vanuit een perspectief op de belangen, sociale verhoudingen en culturen van actoren staat in deze deelvraag centraal hoe actoren de ontwikkeling beïnvloeden en hoe belangen, sociale relaties en culturen veranderen.

1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

1.3.1 Handvatten voor de praktijk

Deze studie beoogt handvatten te bieden aan eenieder die zorgketens ontwikkelt door inzichtelijk te maken hoe de zorgketenvorming in de praktijk verloopt. Het ontwikkelen van zorgketens is op zich al jaren aan de gang. De eerste fase behelsde een omslag van aanbodgerichtheid naar een gerichtheid op integrale zorg, waardoor zorginstellingen 'het idee omarmen dat vraagsturing op het gebied van wonen en zorg het leidend principe moet zijn' (Rompa in Verschuur, 2001). De tweede fase, door Rompa de stille revolutie genoemd, kenmerkte zich door fusies onder organisaties. De afgelopen jaren is de ontwikkeling van zorgketens in een nieuwe fase beland, die nieuwe vragen oproept. Eenmaal gefuseerd tot zorgketens is de echte uitdaging veelal pas helder geworden: gefuseerd, gelieerd, maar hoe nu verder?

Betrokkenen zien zich voor de opgave geplaatst om hun zorgketen zodanig vorm te geven dat de gewenste doelen bereikt kunnen worden. Zij hebben voor het oppakken van deze uitdaging een veelheid aan grijze literatuur tot hun beschikking, waarin ervaringen en praktijkgerichte modellen worden besproken. Deze verhandelingen vertonen echter weinig samenhang. Ieder artikel of boek is een verhaal op zich. In veel verhalen en studies ligt het accent daarbij vooral op de structuurkant. Met het oogmerk uitspraken te doen over de juiste wijze van organiseren wordt uiteengezet welke structuren in zorgketens ontwikkeld moeten worden. De voorkeur gaat daarbij uit naar het ontleden van structuren van delen van ketentrajecten. Als basis dienen specifieke projecten, zoals een project rondom zorg aan ouderen in de thuissituatie of een revalidatieproject in een verpleeghuis. Het gehele ketentraject is zelden aandachtspunt van onderzoek. Ook wordt weinig geschreven over de ontwikkeling van zorgketens op het niveau van het management en de ondersteunende diensten. Dat belangen, sociale verhoudingen en culturen van invloed zijn wordt tenslotte soms zo vanzelfsprekend geacht dat het niet of slechts in één adem wordt genoemd. Deze aspecten worden afgedaan als belemmerende factoren en verder terzijde geschoven. Het ontbreekt daardoor aan inzichten over de invloed van deze factoren en de wijzen waarop actoren met het oog hierop handelen.

Zorgketens worden in deze studie wel in de volle breedte bestudeerd om zoveel mogelijk facetten in beeld te brengen. Ontwikkelingen worden, zoals gesteld, met een aspectbenadering onderzocht vanuit een perspectief op structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen. Niet de delen van ketentrajecten zijn daarbij focus van onderzoek, maar gehele ketentrajecten, het management en de ondersteunende diensten in zorgketens. Als actoren wordt een onderscheid gemaakt tussen professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten om het handelen van alle betrokken actoren te doorgronden. Doel van deze brede focus is het bieden van kennis waarmee beslissingen over de vormgeving, aansturing en besturing van zorgketens bewuster en meer afgewogen genomen kunnen worden.

1.3.2 Voortbouwen en reflecteren op wetenschappelijke kennis

In deze studie staat de complexe opgave bij het ontwikkelen van zorgketens als probleem centraal. Het onderzoek is daarmee te typeren als praktijkgericht onderzoek, maar de gegenereerde kennis is tevens van waarde voor de wetenschap. De vele studies en artikelen vertonen, zoals gesteld, weinig samenhang. Het ontbreekt aan systematische kennis met aandacht voor alle aspecten die een rol spelen. Met het onderzoek wordt beoogd deze lacune te overbruggen door een bijdrage te leveren aan de conceptualisering van de wijze waarop de ontwikkeling van zorgketens verloopt. Deze studie heeft tot doel relevante theoretische concepten te selecteren en bijeen te brengen in een theoretisch kader en deze concepten in te vullen en aan te vullen tot concepten over de ontwikkeling van zorgketens. Hierbij wordt de waarschuwing van de Leeuw (1999:186/187) in acht genomen dat de inzichten uit praktijkonderzoek alleen geldig

zijn voor de specifieke klasse van gevallen die onderzocht is. Praktijkonderzoekers mogen niet pretenderen dat zij op basis van onderzoek bij één specifieke probleemsituatie algemeen geldende kennis hebben gegenereerd voor alle klasse van gevallen. Een wetenschappelijk doel is dus niet om nieuwe algemene theorieën te ontwikkelen, maar wel om te komen tot theorie over het soort zorgketens, dat in deze studie is onderzocht.

Het onderzoek vindt een tweede wetenschappelijke relevantie in de bijdrage die geleverd wordt aan de integratie van theorieën en de reflectie op theorieën. Praktijkonderzoekers wordt soms verweten dat zij te weinig reflecteren op bestaande kennis en te weinig bijdragen aan de integratie van kennis en het voortbouwen daarop. Praktijkgericht onderzoek zou pas wetenschappelijk relevant zijn als deze integratie en reflectie plaatsvindt (Leede & Engeldorp Gastelaars, 1999; Biemans en Meer-Kooistra, 1994). In deze studie worden theoretische inzichten niet alleen geïntegreerd in een samenhangend theoretisch model. Op basis van inzichten uit de empirie worden ook uitspraken gedaan over aanvullingen op theorieën en de toepasbaarheid van theorieën op het verschijnsel zorgketens.

1.4 Theoretische uitgangspunten

1.4.1 Het functionalistische en interpretatieve paradigma

Zorgketens zijn benaderd als systemen met eigen structuren, belangen, culturen en relaties tussen actoren. Als onderzochte procesgang staat centraal hoe de ontwikkeling van zorgketens zich voltrekt op de dimensies structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen. De ontwikkelingen worden daarbij zowel vanuit een perspectief op de zorgketen als systeem bestudeerd als vanuit een perspectief op de rol van actoren. Deze studie is tenslotte gericht op het construeren van geoperationaliseerde modellen van de processen die zich voltrekken.

Deze studie is door deze benadering te plaatsen in de functionalistische en interpretatieve paradigmata van de 'sociology of regulation'. Binnen de sociology of regulation worden organisatieverschijnselen benaderd vanuit de maatschappijvisie dat de sociale orde haar bestaan vindt in het aanbrengen van samenhang en eenheid (Burrell & Morgan, 1994). In het structureel functionalistische paradigma staat het vinden van universele concepten en het benoemen van wetmatigheden tussen de concepten centraal. De werkelijkheid wordt als een externe realiteit opgevat, die op deterministische wijze aan een individu wordt opgelegd en op objectieve wijze gekend en overgedragen kan worden (Burrell & Morgan, 1994). Het structureel functionalistische perspectief is in deze studie terug te vinden in het benaderen van de ontwikkeling als een ontwerptechnisch vraagstuk, het achterhalen van de relaties tussen structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen en het vastleggen van de ontwikkeling in modellen.

Zorgketens worden niet alleen als een extern opgelegde realiteit opgevat. Zorgketens worden tevens gezien als product van subjectieve en voluntaristische betekenisgevingen en handelingen van actoren. Hoe actoren de ontwikkeling beïnvloeden en vorm geven is ook onderwerp van onderzoek. Vanuit deze aandacht voor de rol van actoren is deze studie in het interpretatieve paradigma te plaatsen. Het hanteren van het interpretatieve én het structureel functionalistische paradigma is gestoeld op de idee dat beide nodig zijn om de complexe veranderingen in zorgketens te kunnen begrijpen. Een complementair gebruik maakt het mogelijk om een vollediger beeld te krijgen van de wijze waarop de ontwikkeling van zorgketens verloopt (Hassard, 1998/1991; Schultz & Hatz, 1996 in: Essers, 1999; Riemsdijk, 1999).

1.4.2 Institutionaliseren, actor- en systeembenadering

Beide paradigmata stellen, theoretisch gezien, eigen vragen aan het onderzoeksobject. De vragen die vanuit het structureel functionalistische en het interpretatieve paradigma aan organisatieverschijnselen worden gesteld, zijn terug te vinden in theorieën met een systeembenadering en actorbenadering (Dunning, 1988). De twee benaderingen zijn in deze studie gebruikt en met elkaar verbonden door de ontwikkeling van zorgketens als een institutionaliseringsproces te bestuderen. Institutionaliseren krijgt in deze studie de betekenis van: ‘een objectiveringsproces waarin individuele menselijke handelingen worden omgezet in collectieve normatieve handelingspatronen, die de individuen beperkingen opleggen en zekerheid verschaffen’ (Zijderveld, 1966). Als te onderzoeken dynamiek staat centraal hoe actoren nieuwe structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen creëren en hoe deze tegelijkertijd het handelen van actoren beïnvloeden.

Met een actorbenadering is onderzocht hoe actoren handelen en hoe het handelen van actoren door de ontwikkeling beïnvloed wordt. Vanuit deze benadering zijn de eigenbelangen, de routines en machtsposities van actoren onderzocht, als ook de afhankelijkheidsrelaties en sociale relaties tussen actoren en de strategieën die actoren hanteren om hun posities te behouden of te verbeteren. Met een systeembenadering is onderzocht welke structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen worden ontwikkeld, hoe deze verschillen van de oude wijzen van organiseren en welke processen zich geven deze veranderingen op die vier dimensies voltrekken.

1.4.3 Interorganisationale en institutionele theorie en theorie over de ontwikkeling van zorgketens in de Verenigde Staten

In deze studie is gebruik gemaakt van theorieën over de zorgketenvorming in de Verenigde Staten, interorganisationale theorie en institutionele theorie.

Theorieën over zorgketenvorming in de Verenigde Staten

Om het handelen van actoren en de kenmerken van zorgketens te bestuderen is in eerste instantie gezocht naar theorieën over de ontwikkeling van zorgketens in Nederland. Theorievorming bleek echter gering aanwezig. In tweede instantie is daarom gezocht naar theorieën uit andere landen. Volgens Hurst (1991) bieden deze inzicht in de wijze waarop ontwikkelingen in het eigen land verlopen. Zorgketens worden in vele Europese en Noord-Amerikaanse landen ontwikkeld (Zorgconsult Nederland, 2000; Raak e.a., 2003). In deze studie is gekozen voor theorieën uit de Verenigde Staten (VS), ook al vertoont het institutioneel bestel van Europese landen meer gelijkenissen met het Nederlandse. Hiervoor waren meerdere redenen. In de VS zijn een streven naar kwaliteit en kostenbeheersing, veranderend overheidsbeleid en een geloof in coördinatie van zorg evenals in Nederland belangrijke impulsen om zorgketens te ontwikkelen (Conrad & Dowling, 1990; Anderson, 1992; Shortell e.a., 1994, 1995; Conrad & Shortell, 1996; Griffith, 1996). Het ontwikkelen gaat gelijk aan Nederland gepaard met fusies onder ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties. Theorieën uit de VS zijn tevens relevant, omdat de zorgketenvorming in een vergevorderd stadium is. Medio jaren '80 zijn de eerste zorgketens ontstaan. In vergelijking met andere landen is de ontwikkeling van zorgketens in de VS tenslotte het meest uitgebreid onderzocht en gedocumenteerd. De studies uit de Verenigde Staten zijn voor dit onderzoek op systematische wijze verzameld en geanalyseerd. De periode 1985 tot 2005 is als uitgangspunt genomen gegeven de start van de zorgketenvorming medio jaren '80. Uit Pubmed, ABI/Inform, Swetsnet en Ebsco en op basis van de sneeuwbalmethode zijn artikelen en boeken geselecteerd met de trefwoorden: horizontal integration, vertical integration, integrated of organized delivery systems, (health) system integration, clinical of integrated pathways, health care networks en integration in combinatie met health care.

Interorganisatiele theorie

De inzichten uit de Verenigde Staten zijn echter zeer normatief van aard en sterk gestoeld op systeemtheoretische benaderingen. Om deze redenen is ook naar andere organisatiekundige, bedrijfskundige en organisatiesociologische theorieën gezocht. Op basis van analyses van theorieën uit de afgelopen 40 jaar en gesprekken met experts is gekozen voor organisatie-sociologische theorieën en wel interorganisatiele en institutionele theorieën. Deze sluiten om meerdere redenen het beste aan bij de gezondheidszorgcasuïstiek en de processen van toenadering en verwijdering, die samengaan met het ontwikkelen van zorgketens.

Een eerste reden is dat de ontwikkeling van zorgketens geworteld is in een besef bij organisaties dat zij afhankelijk van elkaar zijn om goede zorg te verlenen en dat zij vanwege deze afhankelijkheid tot aan fusies toe gaan samenwerken. Inzichten uit de interorganisatiele theorie zijn als theoretisch perspectief geselecteerd, omdat deze theorie belicht hoe organisaties relaties aangaan gegeven hun interdependente verhoudingen (Godfroij, 1981:115/116). Interorganisatiele theorie is tevens bruikbaar geacht, omdat zorgketens vormen van net-

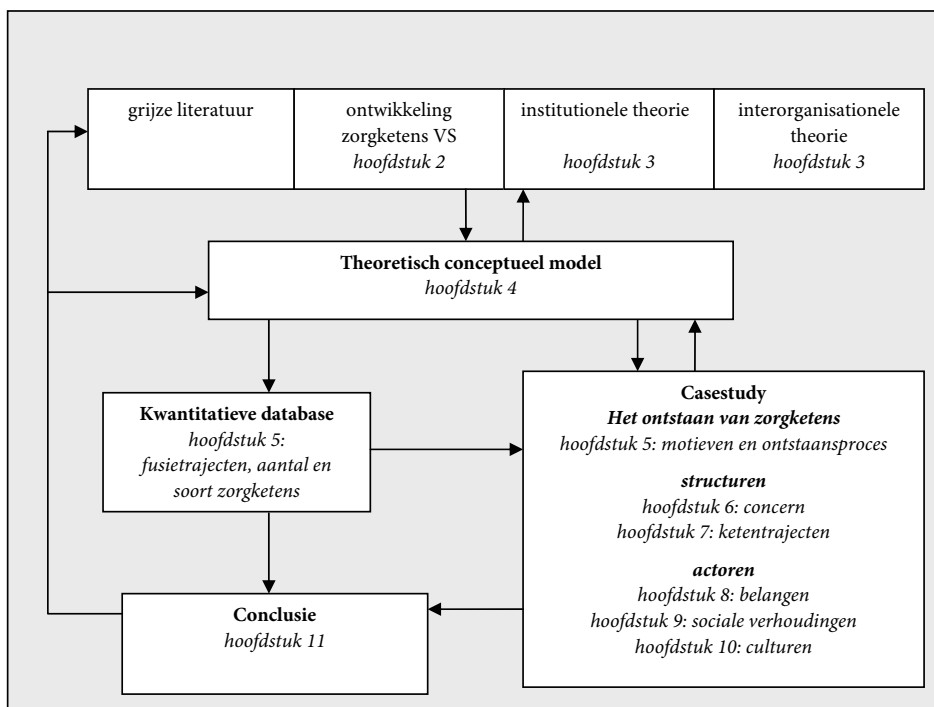
werken zijn. In interorganisatiele theorie zijn netwerken de belangrijkste analyse-eenheid (Lammers e.a., 2000).

Interorganisatiele theorie is echter geen eenduidige stroming, maar één met heterogene zienswijzen (Scharpf, 1978:345). De vele studies hebben niet tot eenduidige kennis en concepten geleid, maar eerder tot een 'rather messy situation marked by a cacaphony of heterogenous concepts, theories and research results' (Oliver & Ebers, 1998). Met zijn uitroep 'Wanted: a good network theory of organizations' benadrukt Salancik (1995) dat geen interorganisatiele theorie een volledige verklaring biedt voor interorganisatiele verschijnselen. Onderzoek kan daardoor plaatsvinden vanuit één theoretische stroming of een combinatie van inzichten uit verschillende stromingen. In deze studie is gekozen om verschillende theorieën als partiële verklaringsgronden op eclectische wijze bijeen te brengen. De inzichten zijn afkomstig uit netwerktheorieën, exchange theorieën en resource dependency theorieën¹. Deze theorieën belichten in samenhang de invloed van efficiëntie- en effectiviteitsmotieven, bronnen, macht en belangen, hoe structuren veranderen en wat de relatie is tussen structuren en het handelen van actoren. Theorieën die de vorming van netwerken in termen van institutionaliseringsprocessen bespreken zijn ook geselecteerd om de gerichtheid op structuren en de rol van actoren te kunnen verbinden.

Institutionele theorie

Een tweede reden is dat de ontwikkeling van zorgketens voor een deel gestuurd is door veranderende normen en waarden en een streven naar legitimiteit. De ontwikkeling van zorgketens is inherent verbonden aan een omslag van aanbodgerichtheid naar vraaggerichtheid en een gerichtheid op integratie in plaats van differentiatie. Ontwikkelingen gaan daarbij gepaard met het loslaten en veranderen van routines en posities. In deze studie is vanwege deze impulsen en dynamiek gebruik gemaakt van institutionele theorieën. Institutionele theorieën geven eveneens inzicht in de wijzen waarop netwerkontwikkelingen zich voltrekken, maar het perspectief van waaruit deze verklaard worden verschilt van die van de interorganisatiele theorieën. Institutionele theoretici bezien deze niet als het product van gegroeide interdependentie. De aandacht voor de organisatie als technisch instrument in een met bronnen gevulde taakomgeving, strevende naar efficiëntie en effectiviteit wordt vervangen door aandacht voor legitimiteit en de instituties in de omgeving (Scott, 1987). Institutionele theoretici stellen hiermee geenszins dat interorganisatiele theorie onjuist zou zijn (Scott, 1987). Zij stellen slechts dat technische vereisten, het verkrijgen van bronnen en interdependente verhoudingen incomplete verklaringsgronden zijn. Er moet ook gekeken worden naar het sociale, culturele

1. Resource dependency theorie, exchange theorie en netwerktheorie besteden respectievelijk aandacht aan interdependentie en macht, aan ruilprocessen en de structuur en inhoud van relaties, en aan de relaties tussen posities van actoren in het netwerk en de netwerkstructuur. Deze theorieën worden veelal gebruikt zonder de stroming expliciet te benoemen. In deze studie wordt daarom het algemene begrip 'interorganisatiele theorie' gebruikt wanneer verwezen wordt naar deze theorieën.



Figuur 1.1. Onderzoeksdesign en hoofdstukindeling

en politieke systeem waarin organisaties zijn ingebed (Wells, 2001; Wicks, 2001). Met een institutioneel perspectief is het mogelijk om de ontwikkeling van zorgketens te begrijpen vanuit veranderingen in sociale, culturele en politieke systemen. Institutionele theorieën verklaren en beschrijven ten tweede diepgaand hoe institutionaliseringsprocessen zich voltrekken. Zij bieden daarom waardevolle inzichten in de wijze waarop structuren en actoren in wisselwerking met elkaar de ontwikkeling van zorgketens bepalen en beïnvloeden. Ontwikkelprocessen worden tenslotte vanuit een perspectief op het gehele interorganisatiele veld benaderd. Met institutionele theorieën kan begrepen worden waarom niet enkele, maar vele organisaties in de zorgsector zorgketens vormen.

1.5 Onderzoeksopzet

Het onderzoek is te typeren als een exploratief en beschrijvend onderzoek (zie hoofdstuk 4 voor een nadere uiteenzetting van de methodologie). De ontwikkeling van zorgketens is geëxploreerd, geanalyseerd en beschreven met literatuuronderzoek, kwalitatieve en kwantitatieve methoden (zie figuur 1.1). Niet alle zorgketens in de zorgsector zijn onderwerp van onderzoek geweest. In deze studie is gekozen voor zorgketens in de sector ouderenzorg, omdat de ontwikkeling van zorgketens zich het meest in deze sector voltrokken heeft.

Het theoretische literatuuronderzoek heeft tot doel gehad bestaande inzichten over de ontwikkeling van zorgketens en netwerken te verzamelen en na kritische analyse te verenigen tot een theoretisch model. Met deze exercitie konden begrippen en modellen geïntroduceerd worden, waarmee de empirie betekenis kreeg en beschreven kon worden (Noordergraaf & Meurs, 2000:11). Het beargumenteerd kiezen van theorieën en het goed op eclectische wijze toepassen van theorieën is hierbij als uitgangspunt genomen (Leede & Engeldorp Gastelaars, 1999). Hierboven is uiteengezet hoe theorieën geselecteerd zijn. Het bijeenbrengen van concepten in een theoretisch model heeft ook plaatsgevonden met het oog op de beschreven aanbeveling om bestaande theorieën te gebruiken, teneinde op reflectieve wijze bij te kunnen dragen aan de wetenschap. Het selecteren van theorie en het analyseren van de empirie hebben elkaar daartoe op iteratieve wijze afgewisseld. Het theoretisch model is enerzijds leidraad geweest bij het onderzoeken van de ontwikkeling van zorgketens in de praktijk, maar anderzijds ook onderwerp van onderzoek geweest. De concepten in het theoretisch model en de relaties daartussen zijn op basis van inzichten uit de empirie aangevuld en ingevuld.

Het kwantitatieve onderzoek behelsde het verzamelen en analyseren van gegevens over fusies onder verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties en fusies van deze organisaties met ziekenhuizen, instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en eerstelijns professionals. Met deze gegevens is een database gebouwd waarmee inzicht is verkregen in de momenten van ketenvorming, het aantal zorgketens, het soort organisaties in zorgketens en de omvang van zorgketens.

Voor het kwalitatieve onderzoek zijn drie zorgketens geselecteerd voor een casestudy (zie hoofdstuk 4 voor criteria). In iedere case is onderzocht hoe ontwikkelingen zich voltrekken op het niveau van het management, de ondersteunende diensten en de primaire processen. Twee ketentrajecten zijn geselecteerd om inzicht te krijgen in ontwikkelingen op primair procesniveau en wel het ketentraject wonen, zorg en welzijn voor ouderen en het CVA-ketraject (patiënten met een Cardio Vasculair Accident, ofwel beroerte). Data zijn met interviews, documentenanalyses en participerende observaties verzameld. De interviews zijn gehouden met professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten. In het kwalitatieve onderzoek stond de aspectbenadering centraal om structuurveranderingen en de invloed en inhoud van belangen, sociale verhoudingen en culturen in de diepte te kunnen bestuderen. De cases zijn daartoe langs deze aspecten geanalyseerd en met elkaar vergeleken. Bij de data-analyse is daarnaast gezocht naar de regels en wetmatigheden in het handelen van actoren en de ontwikkeling van structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen.

1.6 Leeswijzer

Na deze inleiding worden in hoofdstuk 2 de bevindingen over de ontwikkeling van zorgketens in de Verenigde Staten beschreven. Hoofdstuk 3 bevat een uiteenzetting van inzichten uit

interorganisatiele en institutionele theorieën. In hoofdstuk 4 worden deze inzichten in een theoretisch conceptueel model bijeengebracht. In dit hoofdstuk wordt tevens de gehanteerde methodologie beschreven. De hoofdstukken 5 tot en met 10 bevatten de empirische beschrijving en analyse van deze studie. In hoofdstuk 5 wordt inzicht gegeven in de ontstaansgeschiedenis van zorgketens, de aard van de fusieprocessen, het aantal en de samenstelling van zorgketens. In de hoofdstukken 6 en 7 wordt de ontwikkeling van structuren van zorgketens besproken. Hoofdstuk 6 handelt over de concernstructuren van zorgketens. In dit hoofdstuk gaat de aandacht uit naar de structuurconfiguraties van zorgketens en de ontwikkeling van de management-, ondersteunings- en beleidsstructuren. In hoofdstuk 7 is de ontwikkeling van structuren van ketentrajecten onderwerp van bespreking. In de hoofdstukken 8, 9 en 10 worden de rol van actoren belicht en de processen die gegeven de invloed van actoren met de ontwikkeling gepaard gaan. In hoofdstuk 8 wordt de ontwikkeling vanuit een perspectief op de belangen van actoren bekeken. In hoofdstuk 9 worden de sociale verhoudingen tussen actoren centraal gesteld. In hoofdstuk 10 staat de invloed van de culturen van actoren centraal. Hoofdstuk 11 bevat de conclusie van deze studie en een reflectie op de resultaten.

Theorie en Methodologie



Zorgketenvorming in de Verenigde Staten: theoretische lessen

2.1 Inleiding

Zorgketens worden niet alleen in Nederland ontwikkeld, maar in vele andere landen. De ontwikkelingen in de Verenigde Staten (VS) nemen hierin een unieke positie in, zoals in de inleiding is besproken. De impulsen voor de zorgketenvorming in de VS zijn gelijksoortig aan die in Nederland, maar de ontwikkeling zelf bevindt zich in een veel verder gevorderd stadium. De ontwikkelingen aldaar bieden daarom belangrijke lessen. Lessen die getrokken kunnen worden, omdat de zorgketenvorming in de VS extensief bestudeerd is, leidend tot een rijke theorievorming over de ontwikkeling van zorgketens. In dit hoofdstuk staan deze theorieën centraal. Doel van dit hoofdstuk is om op basis van onderzoek uit de VS een conceptueel model te construeren over de ontwikkeling van zorgketens. Dit hoofdstuk is daartoe als volgt opgebouwd. Paragraaf 2.2 geeft een overzicht van de definities en kenmerken van zorgketens in de VS. De paragrafen 2.3, 2.4 en 2.5 bevatten een bespreking van onderzoek uit de VS. In het onderzoek domineert het uitgangspunt dat de zorgketenvorming gepaard gaat met integratie. In paragraaf 2.3 staat centraal hoe onderzoekers tot deze conclusie komen en welke integratieprocessen zij onderscheiden. Paragraaf 2.4 gaat nader in op die processen. Achtereenvolgens komen inzichten aan de orde over het integreren van missies, visies, culturen, strategieën, besturen, het management, de ondersteunende diensten, medici en de primaire processen. Paragraaf 2.5 bevat een bespreking van de succes- en faalfactoren. De inzichten zijn in paragraaf 2.6 in een model bijeengebracht. In paragraaf 2.7 staat centraal of dit model afdoende aangrijpingspunten biedt om de ontwikkeling van zorgketens in Nederland te analyseren en of de concepten uit de VS toepasbaar zijn op de Nederlandse context.

Tenslotte nog een opmerking vooraf. Onderzoek uit de VS is veelal normatief van aard. De betoogtrant van Amerikaanse onderzoekers is daardoor erg 'to-do-achtig'. Om aan te kunnen sluiten bij de inzichten uit de VS is het onvermijdelijk geweest om deze habitus over te nemen. In dit hoofdstuk wordt dus sterk in termen van recepturen betoogd.

2.2 Het Amerikaanse ketenconcept

In de VS worden weliswaar zorgketens ontwikkeld, maar wat zijn zorgketens in de VS? In deze paragraaf wordt besproken hoe zorgketens in de VS worden gedefinieerd om inzichten uit de VS te kunnen plaatsen en om inzicht te krijgen in mogelijke conceptualiseringen van zorgketens.

Het begrip zorgketen is alleen geen eenduidig begrip. In de VS is een overschot aan termen om te duiden wat een zorgketen is (Pointer e.a., 1995). Gemeenschappelijk element van de meeste termen is de duiding van een zorgketen als een verticaal geïntegreerd systeem. Waarvoor een zorgketen een systeem is, verschilt echter. Sommige auteurs¹ stellen met hun terminologie dat een zorgketen een systeem voor de zorgverlening is, terwijl anderen² verwijzen naar een systeem voor de gezondheid of de gehele gezondheidszorg. Weer andere auteurs geven met hun terminologie aan dat een zorgketen een regionaal gebied bedient, zoals bijvoorbeeld Brown & McCool (1990), die over 'Vertically Integrated Regional Systems of Care' spreken of Ackerman (1992) en Conrad (1993) die de term 'Vertically Integrated Regional Health Systems' gebruiken. Zorgketens blijken uit de termen verschillende bindingsintensiteiten te hebben. Sommige auteurs benadrukken dat zorgketens netwerken zijn door termen te gebruiken als 'Integrated Service Network' (Kralewski e.a., 1995) of 'Integrated Delivery Networks' (Young & Barrett, 1997). Anderen gebruiken in navolging van Goldsmith (1994) de term 'virtual' en 'vertical' om een onderscheid te maken tussen niet-gefuseerde en gefuseerde zorgketens.

Er zijn naast vele termen, ook vele definities van zorgketens. Deze verschillen in de tijd. In beginsel wordt over een groep organisaties gesproken, die op basis van overeenkomsten, zorg aan bepaalde groepen patiënten levert. Conrad en Dowling (1990) definiëren een zorgketen bijvoorbeeld als: 'An arrangement whereby a health care organization (or a closely related group of organizations) offers, either directly or through others, a broad range of patient care and support services operated in a functionally unified manner'. Later wordt over netwerken van organisaties gesproken met een verantwoordelijkheid voor een specifieke populatie. Een door vele auteurs gehanteerde definitie van Gillies (1993) is: 'A network of organizations that provides or arranges to provide a coordinated continuum of services to a defined population and is willing to be held clinically and fiscally responsible for the outcomes and health status of the population served'. Vanaf 1996 wordt gesproken over een hoge mate van bindingsintensiteit, de gehele populatie als doelgroep en

1. 'Organized Delivery Systems' of 'Integrated Delivery Systems' (Gillies e.a., 1993, 1997; Shortell e.a., 1993, 1994; Devers e.a., 1994; Charns, 1997; Savage e.a., 1997; Young & Barrett, 1997) of 'Vertically Integrated Delivery Systems' (Robinson, 1996).

2. 'Health Care Systems' (Brown & McCool, 1990); 'Vertically Integrated Health Care Systems' (Conrad & Dowling, 1990); 'Organized Vertically Integrated Health Systems' (Devers e.a., 1994), 'Integrated Health Systems'; (Conrad & Shortell, 1996; Barber, 1998); 'Integrated Health Care System'; (Alexander e.a., 1995; Gillies e.a., 1997), 'Organized Vertically Integrated Health Systems' (Devers e.a., 1994) en 'Integrated Health Care Organizations' (Griffith, 1996).

kenmerk	omschrijving
breedte continuüm	het aantal en typen functies en diensten van de zorgketen
diepte	het aantal en typen organisaties en professionals in de zorgketen
proportie interne transfers	verhouding tussen cliënten die wel en niet geheel binnen de zorgketen geholpen kunnen worden/ deel populatie dat door de zorgketen bediend wordt
vorm	juridische constructie
financiering	wel of geen eenheid in financiering wel of geen financier onderdeel van de zorgketen ³
geografische spreiding	de afstand tussen de organisaties in de zorgketen/ gebied dat bediend wordt
verantwoordelijkheid	typen genomen verantwoordelijkheden (bijvoorbeeld voor ziekte, betaalbare zorg, gezondheid)

Tabel 2.1. Kenmerken van zorgketens

alle functies in de zorg. Zo gebruikt Charns (1997) in zijn definitie bijvoorbeeld woorden als ‘.. a high degree of integration required in health care to provide clinical services across the continuum of care .. achieve such high levels of integration across the multiple facilities and providers rendering preventive, curative and rehabilitative services to communities’. Griffith (1996) heeft het zelfs over ‘community owned organizations devoted to the delivery of comprehensive health care’.

Wat een zorgketen is blijkt uit de definities in de tijd af te hangen van de bindingsintensiteit, het aantal functies en de doelgroepen van een netwerk van organisaties. Sommige auteurs⁴ bespreken dat zorgketens altijd op basis van deze kenmerken van elkaar te onderscheiden zijn, als ook op basis van de omvang van de zorgketen, de dekkingsgraad, de afstand tussen de organisaties, de wijze van financiering en de genomen verantwoordelijkheid (zie tabel 2.1). Volgens deze auteurs zijn zorgketens wel altijd netwerken van organisaties met een maatschappelijke en financiële verantwoordelijkheid voor het continuüm van zorg aan de populatie in een bepaald gebied. Het is binnen deze duiding dat genoemde kenmerken van zorgketens verschillen.

2.3 Het ontwerpen van zorgketens: basisprincipes

In de VS is veel onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van zorgketens. In het onderzoek overheerst een ontwerp perspectief. Centrale vraag is veelal hoe zorgketens idealiter gestructureerd moeten worden. Onderzoekers komen tot de conclusie dat vormen van verticale integratie en systeem eenheid als ontwerp principes centraal staan. In deze paragraaf wordt besproken hoe onderzoekers tot deze conclusie komen en wat de ontwerp principes inhouden.

3. In de VS zijn verzekeraars soms partner of eigenaar van de zorgketen.

4. Mick & Conrad (1988); Conrad & Dowling (1990); Ackerman (1992); Shortell e.a. (1993); Gillies e.a. (1993); Conrad (1993); Alexander e.a. (1995); Pointer e.a. (1995); Cave (1995); Shortell (1995); Griffith (1996); Savage e.a. (1997).

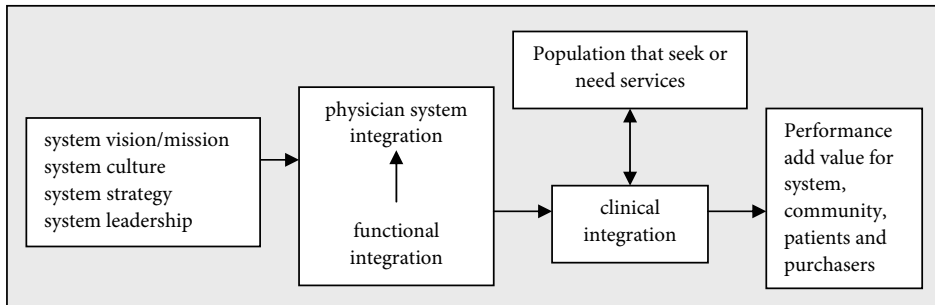
Verticale integratie

Onderzoek is in eerste instantie gericht geweest op het achterhalen van het onderscheid tussen zorgketens en niet-zorgketens (e.g. Conrad & Dowling, 1990; Conrad & Shortell, 1996; Charns, 1997). Wat is anders aan het organiseren naar organisaties, die ieder slechts een deel van het continuüm leveren, en het organiseren naar zorgketens, waarbij organisaties samen het gehele continuüm leveren? Het verschil is volgens onderzoekers dat in zorgketens sprake is van verticale integratie. Verticale integratie is: 'the combination in a single firm of (or a strong interorganizational alliance between) two or more firms that were previously separate but whose products or services are input to, or outputs from, the production of one another's services' (Conrad & Shortell, 1996). Het verticaal integreren van organisaties tot één organisatie moet breed worden opgevat. Organisaties worden niet alleen onder één paraplu gebracht. Verticale integratie houdt in dat alle functies en processen in organisaties worden geïntegreerd. Van die op het niveau van de primaire processen tot die op het niveau van het bestuur. Pointer e.a. (1995) en Alexander e.a. (1995) noemen dit 'multidimensional integration'. Uiteindelijk moeten de functies en processen zodanig met elkaar geïntegreerd zijn dat de organisaties samen één nieuw systeem vormen.

Systeemeenheid en multidimensional integration

In meerdere studies komt men tot deze conclusie, maar de Health System Integration Study (HSIS) van Gillies e.a. (1993) en Shortell e.a. (1996, 2000) neemt hierin een bijzondere positie. Het is het meest fundamentele, geciteerde en door anderen gebruikte onderzoek naar de ontwikkeling van zorgketens in de VS. Aanleiding voor deze studie was een zoektocht in de VS naar de wijze waarop gecoördineerde, effectieve zorg geboden kon worden (Shortell e.a., 1996:13). De HSIS-onderzoekers stellen vooraf dat een zorgketen hiervoor de juiste organiseervorm is, omdat de bestaande fragmentatie daarmee wordt overwonnen (Shortell e.a., 1996:19-26). De onderzoekers focussen zich op de wijze waarop zorgketens ontworpen moeten worden. Zij spreken hier letterlijk over het bouwen ('building') van zorgketens.

Het bouwen start volgens hen bij het onderzoeken van de behoeften onder de populatie ('community/population-based health needs assessment'). Dit is nodig om de diensten van de zorgketen te bepalen. Deze diensten moeten vervolgens met elkaar gestroomlijnd worden om te zorgen dat de zorgketen een systeem wordt, waarin alle werkzaamheden op elkaar zijn afgestemd. Het stroomlijnen moet in de woorden van auteurs leiden tot 'systemness' in de zorgketen. Hiermee bedoelen zij dat de zorgketen in ieder onderdeel te herkennen is (ibid.:27). Systemness wordt bereikt door de functies en processen te integreren. Integratie wordt gedefinieerd als 'the process by which activities are formed, coordinated, or blended into a functioning or unified whole' (Webster, 1990 in Shortell, 1996:29/30). Het is volgens Shortell e.a. (1996:47) het geëigende coördinatiemechanisme voor zorgketens, omdat andere mechanismen niet krachtig genoeg zijn om organisaties aan elkaar te binden. Integratie zien zij als oorzaak en gevolg. Het is een oorzaak omdat elementen, processen en activiteiten met elkaar gecoördineerd worden tot een



Figuur 2.1. Het model van de HSIS (Gillies e.a., 1993; Shortell e.a., 1996, 2000)

geheel. Het is een gevolg, omdat het geheel nu in iedere deel terug is te vinden. Als integratie overall aanwezig is, functioneert het systeem dubbel zo goed (ibid.:30).

In hun studie onderzoeken de auteurs de integratie die in zorgketens gerealiseerd moet worden. Zij komen tot de conclusie dat in zorgketens eerst een systeemvisie en missie, een systeemcultuur, een systeemstrategie en systeemleiderschap ontwikkeld moeten worden (zie figuur 2.1). Zonder deze fundamenteën kan een zorgketen niet functioneren. Pas als deze aanwezig zijn is het mogelijk om de volgende stap in de ontwikkeling te zetten: het integreren van de ondersteunende processen. Deze moeten zo goed met elkaar geïntegreerd worden dat in de zorgketens sprake is van een hoge mate van functional integration. Functional integration is 'the extent to which key support functions and activities are coordinated across operating units so as to add the greatest overall value to the systems' (Gillies e.a., 1993; Shortell e.a., 1996:57). Als de ondersteunende diensten geïntegreerd zijn is mogelijk om de artsen aan de zorgketen te binden. In zorgketens moet uiteindelijk sprake zijn van een hoge mate van physician-system integration (of 'physician integration'), ofwel 'the extent to which physicians are economically linked to a system; use its facilities and services; and actively participate in its planning, management, and governance' (Gillies e.a., 1993, Shortell e.a., 1996:95). Wanneer in de zorgketens een afdoende mate van functionele en physician integration is bewerkstelligd is het mogelijk om tot een hoge mate van integratie in de klinische processen te komen. Dit noemen zij clinical integration. Functional en physician integration gaan aan clinical integration vooraf, omdat clinical integration niet mogelijk is zonder geschikte informatie- en kwaliteitssystemen en zonder artsen als sleutelbeslissers in het proces (id.: 41). Clinical integration is gedefinieerd als 'the extent to which patient care services are coordinated across people, functions, activities and sites as to maximize the value of services delivered to patients' (Gillies, e.a., 1993; Shortell e.a. 1996:151). Het integreren van de klinische processen gaat gepaard met het coördineren van functies en activiteiten in eenzelfde stadium van het zorgverleningsproces (horizontale integratie) en in verschillende stadia (verticale integratie). Horizontale integratie is vaak een noodzakelijke voorwaarde voor het realiseren van een geïntegreerd continuüm van zorg, maar alleen verticale integratie maakt het mogelijk om echt een continuüm van zorg te leveren (Shortell e.a.,

1996:41). Clinical integration is volgens Shortell e.a. (1996:42) het belangrijkste, omdat op dit niveau waarde wordt gecreëerd voor patiënten.

2.4 Integratieprocessen in zorgketens

Het model van de HSIS-onderzoekers geeft inzicht in de te realiseren integratie. In deze paragraaf wordt besproken waarom een systeemvisie en missie, een systeemcultuur, een systeemstrategie, systeemleiderschap, functional, physician-system en clinical integration nodig zijn, welke betekenis eraan wordt gegeven en welke integratieprocessen met het ontwikkelen gepaard gaan. In iedere paragraaf staat één integratievereiste centraal.

2.4.1 De systeemvisie en missie

De aanwezigheid van zorgketenvisies en missies wordt van fundamenteel belang geacht. Als gedeelde oriëntatiepunten verbinden deze de partijen in de zorgketen aan de doelen van de zorgketen (Shortell e.a., 1996). Zonder is het niet helder welke weg partijen met elkaar te bewandelen hebben (Fox, 1989). Zorgketens moeten daarom visies en missies opstellen. Om een effectieve zorgketen te realiseren moeten een aantal zaken in de visie en missie staan. Volgens velen (e.g. Gillies e.a., 1993; Linial, 1995; Griffith, 1996) is het ten eerste essentieel dat het leveren van kwaliteit en een naadloos continuüm aan zorg centraal staan. Dit zorgt ervoor dat partijen zich samen inzetten voor het verbeteren van de gezondheid van een populatie. Anderen stellen dat kosteneffectiviteit, schaalvoordelen, het zorgen voor coördinatie en het vermijden van overlap en duplicatie opgenomen moeten worden om tot efficiënte zorgketens te komen (e.g. Barber e.a., 1998; Conrad & Dowling, 1990; Walston e.a., 1996; Brown & McCool, 1990; Griffith, 1996). Enkelen stellen de strategische positie van de zorgketen centraal en bespreken dat een streven naar macht en marktaandeel niet mag ontbreken in de visie en missie (e.g. Johnson, 1993; Brown, 1996; Walston e.a., 1996).

Kenmerken visie en missie	Benodigd integratieproces
<ul style="list-style-type: none"> • <u>inhoud</u>: verbeteren/ handhaven gezondheidsstatus populatie en marktaandeel, kwaliteit, kosteneffectiviteit, efficiëntie, realiseren continuüm, patiënt boven geld • borgen belangen partijen • continu bijstellen 	<p><u>Het ontwikkelen van een systeemmissie, systeemvisie en systeemdoelen</u></p> <p>Het ontwikkelen van een systeemmissie, systeemvisie en systeemdoelen die door alle zorgketenpartijen worden gedeeld en begrepen, hen verbindt en richting geeft aan hun handelen.</p>

Het opstellen van een visie en missie is geen eenmalige activiteit. Maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuw te bedienen doelgroepen vragen om continue bijstelling (Barber e.a., 1998). Het is ook niet eenvoudig om missies en visies te formuleren. De partijen die de zorgketenontwikkeling hebben geïnitieerd, nemen vaak hun doelen als uitgangspunt. De gewenste binding komt niet tot stand, omdat andere partijen zich hierin niet kunnen vin-

den. Vooral de doelen van ziekenhuizen, artsen en financiers overheersen en daarmee een eenzijdige aandacht voor het gewin van deze partijen. Het uitschrijven van een visie en missie is daarom niet genoeg. Partijen moeten deze ook delen (Friedman en Goes, 2001). Dit zal volgens Shortell e.a. (1996) slechts lukken als de belangen van alle partijen erin geborgd zijn. Friedman en Goes (2001) en Fischer en Coddington (1998) onderstrepen dit en stellen tevens dat de patiënt altijd centraal moet staan in de visies en missies. Aandacht voor de patiënt zou partijen binden. Het probleem is volgens Friedman en Goes (2001) dat in de visie en missie vaak meer aandacht uitgaat naar financiële doelen dan naar patiëntgerichte en maatschappelijke. Problematisch is volgens hen tenslotte dat veel zorgketens niet in staat zijn om visies en missies te formuleren. Men is te onbekend en onzeker over de mogelijkheden van de zorgketen. Gevolg is dat partijen gericht blijven op de doelen van de eigen organisatie en de zorgketen slecht tot ontwikkeling komt.

2.4.2 De systeemcultuur

Een systeemcultuur wordt nodig geacht, omdat deze, evenals de visie en missie partijen verbindt en richting geeft (Young & Barrett, 1997). Het ontwikkelen van een systeemcultuur gaat gepaard met het integreren van culturen en het centraal stellen van waarden die de coördinatie tussen partijen, patiëntgericht werken en het continu verbeteren van de werkpraktijk bevorderen (Shortell e.a., 1996:49-52, 182-187; Gillies e.a., 1997). Het gaat volgens laatstgenoemde auteurs om waarden als participatie, betrokkenheid, nieuwe benaderingen uitproberen, innovatiegerichtheid, samenwerking, flexibiliteit, teamgericht werken en risico's durven nemen. Het ontwikkelen van een systeemcultuur vraagt daarbij om een omslag bij medewerkers naar een zogenoemd 'systeemdenken'. Partijen moeten hun focus op het eigen zorgdeel verruilen voor een focus op het continuüm van zorg.

Kenmerken systeemcultuur	Benodigd integratieproces
<ul style="list-style-type: none">• omslag naar <u>systeemdenken</u>: denken in termen van het geheel en niet het deel• <u>waarden</u>: samenwerking, participatie, innovatie, risico nemen, betrokkenheid, teamgerichtheid, flexibiliteit, leren, proberen en verbeteren• kader voor deelculturen	<u>Het ontwikkelen van één systeemcultuur</u> Het ontwikkelen van een systeemcultuur die door alle zorgketenpartijen wordt gedeeld en begrepen, hen verbindt en richting geeft aan hun handelen.

Het streven naar een systeemcultuur betekent niet dat organisaties geen eigen cultuur meer mogen hebben. Het betekent wel dat de eigen culturen moeten passen bij de systeemcultuur (Gillies e.a., 1993; Conrad & Shortell, 1996; Shortell e.a., 1996:71; Shortell e.a., 2000:44). De eigen cultuur is voor mensen echter jaren de norm geweest voor het handelen en daarom moeilijk te veranderen (Lumsdon, 1994). Het loslaten van de eigen cultuur voelt als verlies van identiteit en autonomie. Volgens Friedman en Goes (2001) probeert men de eigen cultuur

centraal te stellen om autonomie te behouden. Daarom moet, volgens hen, besloten worden wat de nieuwe cultuur zal zijn en wiens culturen moeten domineren of uitdoven.

2.4.3 De systeemstrategie

Voor een deel is het ontwikkelen van zorgketens al een strategie op zich, of zoals Miller (1996:92) stelt: ‘Health system integration is a means to an end, not an end in itself’. In zorgketens moet echter tevens een duidelijke strategie aanwezig zijn om de doelen van de zorgketen te bereiken (Conrad & Shortell, 1996; Gillies, 1997). Volgens Shortell e.a. (2000:41) is het essentieel dat de missie en visie in een strategisch plan worden uitgewerkt om als zorgketen effectief te kunnen opereren. Zij menen daarbij dat de strategische houding in zorgketens avontuurlijk en analytisch moet zijn (Shortell e.a., 1996:50). Zo dient men in zorgketens, op basis van onderzoek naar behoeften, continu te bepalen of er nieuwe allianties aangegaan moeten worden of onderdelen afgestoten moeten worden. De aanwezige technologieën en werkwijzen van professionals moeten continu op kwaliteit en kosteneffectiviteit geëvalueerd worden en indien nodig vervangen worden. Tenslotte moeten zorgketens de strategie hebben om klinische zorg voor eerstelijns zorg te substitueren, omdat deze kosteneffectiever is en beter past bij de wensen van de populatie (Shortell e.a., 1993).

Kenmerken systeemstrategie	Benodigd integratieproces
<ul style="list-style-type: none">• visie en doelen als basis• <u>strategische koers</u>: avontuurlijke en analytische houding, verschuiving naar eerstelijnszorg, continu evalueren behoefte populatie, kwaliteit, kosten en effectiviteit en op basis daarvan verbeteren, uitbreiden of afstoten• kader voor strategieën zorgketenonderdelen	<u>Het ontwikkelen van één systeemstrategie</u> Het ontwikkelen van een systeemstrategie die door alle zorgketenpartijen wordt gedeeld en begrepen, hen verbindt en richting geeft aan hun handelen.

Het toewerken naar een systeemstrategie betekent niet dat alle onderdelen van de zorgketen dezelfde strategie moeten hebben. De strategie om een bepaalde cliëntengroep te bedienen, kan bijvoorbeeld voor het ene zorgketenonderdeel betekenen dat een dienst wordt afstoten, terwijl diezelfde dienst in een ander zorgketenonderdeel wordt uitgebreid. De strategieën van de onderdelen kunnen dus verschillen. Zij moeten echter altijd logisch uit de systeemstrategie voortvloeien (Shortell e.a., 1996:49; Shortell, 1993).

2.4.4 Systeemleiderschap

2.4.4.1 Systeemgovernance

Het realiseren van systeemleiderschap behelst het ontwikkelen van nieuwe governance- en

managementstructuren. Voor zorgketens worden nieuwe governancestructuren⁵ ontwikkeld, omdat de traditionele structuren niet geschikt zijn voor zorgketens. Bij deze structuren heeft iedere organisatie een eigen governanceorgaan. De leden hebben veelal slechts kennis over de doelen en processen van die ene organisatie. In zorgketens gaat het niet meer om de doelen en processen van één organisatie, maar om die van de gehele zorgketen. Om deze reden meent men dat de governancestructuur gestroomlijnd moet worden met het geïntegreerde primaire proces, de doelen, visie, missie, strategie en cultuur van de zorgketen (Shortell e.a., 1995; Shortell e.a., 1996:228/229; Shortell e.a., 2000:187-189).

Het ontwikkelen van een geschikte governancestructuur is lastig. De leden van de governanceorganen moeten de ontwikkeling aansturen, terwijl hun positie daarmee wordt aangetast (Alexander e.a., 1995). Het opzetten van een nieuwe governancestructuur gaat gepaard met een herziening van de grootte en functie van het orgaan, het selecteren van leden en het toekennen van nieuwe rollen en verantwoordelijkheden. De leden zullen bij de keuze voor een structuur rekening houden met de consequenties die de keuze voor hen heeft (Matherlee, 1995). Het ontwikkelen van een geschikte structuur is daarbij lastig, omdat meerdere vormen van governance mogelijk zijn (zie Pointer e.a., 1995:29).

Er zal een keuze gemaakt moeten worden tussen het centraliseren of decentraliseren van besturen (Pointer e.a., 1995; Savage e.a., 1997). Bij volledige centralisatie is één systeembestuur aanwezig. Bij decentralisatie zijn naast een centraal bestuur ook decentrale besturen aanwezig. Morlock en Alexander (1986) spreken respectievelijk over de 'corporate model' en de 'parent holding'. Beide modellen hebben voor- en nadelen. Een voordeel van decentralisatie is dat beter rekening gehouden kan worden met lokale omstandigheden. Nadelen zijn dat decentrale besturen eigen doelen kunnen gaan nastreven, er meer bestuursleden nodig zijn (tijd- en kostenverhogend), de aanwezigheid van meerdere besturen de besluitvorming vertraagt en dat coördinatie tussen de besturen nodig is. Om het voordeel van decentralisatie te benutten en de nadelen ervan te omzeilen, stellen Morlock en Alexander (1986) voor om de lokale besturen te vervangen met lokale adviesorganen. Deze hebben alleen adviserende en geen bestuurlijke verantwoordelijkheden. Zij voorzien het systeembestuur slechts van contextspecifieke input (Pointer e.a., 1995; Savage e.a., 1997). Het decentraliseren gaat echter altijd gepaard met een keuze voor de eenheid die de besturen en adviesorganen als verantwoordelijkheidsgebied krijgen. Zij kunnen een regio, een markt (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg) of een systeemcomponent (bijvoorbeeld één ziekenhuis) toegewezen krijgen (Pointer e.a., 1995; Savage e.a., 1997).

5. Met de term governance wordt bedoeld: 'het samenhangend geheel van het besturen van een organisatie, het toezicht daarop en de verantwoording over het beleid, het bestuur en het toezicht' (Commissie Health care governance, 1999: 11).

Vervolgens moet worden besloten wie zitting nemen in het governanceorgaan. Het orgaan kan samengesteld worden uit vertegenwoordigers uit de maatschappij ‘community board’ en/of vertegenwoordigers uit de zorgketen ‘corporate board’ (Pointer e.a., 1995). Laatstgenoemde auteurs vinden een mix het beste onder de voorwaarde dat ieder systeemdeel in het orgaan vertegenwoordigd is. Dit biedt de garantie dat alle partijen zeggenschap hebben. Alle leden moeten daarbij vanuit een focus op het continuüm van zorg kunnen redeneren. Zo wordt voorkomen dat organisatiebelangen boven de zorgketenbelangen gaan prevaleren (Pointer e.a., 1995; Shortell e.a., 1996:236; Shortell e.a., 2000:199). De toewijzing van rollen en verantwoordelijkheden bepaalt uiteindelijk hoe het governanceorgaan functioneert. Volgens Pointer e.a. (1995) gaat het om de rollen en verantwoordelijkheden, zoals in onderstaand kader is omschreven.

Kenmerken systeemgovernance	Benodigd integratieproces
<ul style="list-style-type: none"> • <u>structuur</u>: centraal/ decentraal, bestuur/adviesorgaan, naar regio, markt, systeemcomponent • <u>samenstelling</u>: interne en externe vertegenwoordigers, hele continuüm vertegenwoordigen • <u>rollen</u>: beleidsformulering, besluitvorming, toezicht houden • <u>verantwoordelijkheden</u>: formuleren missie en doelen, effectief/ efficiënt bestuur, verzekeren hoog niveau management, kwaliteit van zorg, financiële status 	<u>Het ontwikkelen van systeemgovernance</u> Het ontwikkelen van een governancestructuur, waarmee wordt geborgd dat de zorgketen eenduidig en met aandacht voor alle facetten van de zorgketen wordt bestuurd en waarmee wordt geborgd dat eenduidig toezicht wordt gehouden op alle facetten van de zorgketen.

Volgens Pointer e.a. (1995) is er niet één meest effectieve vorm. Alles hangt af van de omgeving, de fusiegeschiedenis en de grootte van de zorgketen. Savage e.a. (1997) menen dat het zogenoemde ‘two-tiered governance model’ het meest effectief is. Dit is een model met één systeembestuur (‘overarching board’) en decentrale besturen (‘facilitating boards’). Het systeembestuur bestaat uit externe en interne leden met strategische en besluitvormende taken. Ze zijn hét gezicht van de zorgketen. In de decentrale besturen zitten managers van de afzonderlijke organisaties. Zij zijn verantwoordelijk voor de operationele beslissingen. Coördinatie wordt bewerkstelligd door systeembestuurders in de decentrale besturen te plaatsen (‘interlocking directorates’). Zij vinden dit model het beste omdat daarmee interne en externe belangen bediend kunnen worden.

2.4.4.2 Het systeemmanagement

Met het ontwikkelen van zorgketens veranderen ook de managementstructuren. Volgens Shortell e.a. (1995) moet het management parallel aan het continuüm van zorg georganiseerd worden om kosteneffectieve zorg te kunnen leveren. Medewerkers zullen daarbij hun werkwijzen niet veranderen als managers het zelf niet doen. Het management moet ook daarom gestroomlijnd worden met de nieuwe gang van zaken (Fox, 1989; Shortell e.a., 1996:243/244). De structuur van de zorgketen bepaalt dan ook in sterke mate hoe de managementstructuur eruit ziet (Shortell e.a., 2000:191/192).

Kenmerken management	Benodigd integratieproces
<ul style="list-style-type: none"> • <u>structuur</u>: afhankelijk van structuur zorgketen structurering naar divisie-, regionale- functionele- of procesmanagers • <u>profiel/vaardigheden</u>: managen continuüm van zorg, relatie tussen systeemdelen en systeem kunnen managen 	<p><u>Het ontwikkelen van systeemmanagement</u></p> <p>Het ontwikkelen van een managementstructuur en van managementcompetenties die aansluiten bij het continuüm van zorg en de gang van zaken in de zorgketen.</p>

Het management kan op drie manieren gestructureerd worden: naar regio, naar organisatie-type en naar functies. Bij een structurering naar organisatietype hoort een managementstructuur met divisie managers. Deze managers zijn verantwoordelijk voor de eigen divisie en voor het stroomlijnen van de activiteiten van de divisies. Bij een geografisch geordende zorgketen horen regionale managers met verantwoordelijkheden voor de coördinatie van de zorg in die regio. Een ordening naar functie, product of dienst vraagt om functionele managers. Deze regelen alles omtrent een functie, product of dienst, ongeacht waar deze in de zorgketen geleverd worden (Shortell e.a., 2000:191/192). Managementstructuren kunnen tenslotte rondom processen worden opgezet (Gillies e.a., 1997). In dat geval werken managers in interdisciplinaire teams samen (Shortell, 1995; Conrad & Shortell, 1996).

Het ontwikkelen van zorgketens stelt ook nieuwe eisen aan het profiel en de vaardigheden van managers. Managers moeten kennis hebben van werkwijzen en functies van de andere organisaties in de zorgketen. Zij moeten kunnen beoordelen wat de systeemdelen aan het systeemdoel bijdragen (Williams, 1992; Gillies e.a., 1997; Shortell e.a., 1996:237/243/244; Shortell e.a., 2000: 200/201). Shortell e.a. (1995) benoemen als profielementen: verandingsgezindheid, gericht op collaboratie, teamwerk en ondersteuning van de staf, over grenzen kunnen managen, kunnen managen van markten, netwerken en conflicten, beheersen van het systeemdenken en kunnen onderhandelen.

2.4.5 Functional integration

Een systeemmissie, -visie, -cultuur, -strategie en systeemleiderschap zijn, zoals hierboven besproken, nodig om tot functional integration te komen. Functional integration behelst het realiseren van integratie in de ondersteunende processen, zodat alle delen van de zorgketen op een gecoördineerde wijze worden bediend (Shortell e.a., 1996:57). Hieronder wordt deze vorm van integratie besproken op basis van de meest beschreven ondersteunende functies.

Human resource management

Functional integration heeft onder andere betrekking op het integreren van alle HRM-processen (Human Resource Management). HRM omvat het management van werving, selectie, plaatsing, training, evaluatie en beloning van personeel. Het integreren van HRM-processen krijgt veel aandacht in de VS, omdat men vindt dat gelijksoortige medewerkers gelijk be-

handeld moeten worden. Integratie zou ook borgen dat menselijk potentieel maximaal wordt ingezet (Gillies e.a., 1993; Devers e.a., 1994; Shortell e.a., 1996:58; Shortell e.a. 2000:31).

Kenmerken HRM	Benodigd integratieproces
<ul style="list-style-type: none"> • <u>inhoudelijk</u>: werving, selectie, plaatsing, training, evaluatie, beloning • <u>structuur</u>: afdeling/detachering • <u>criteria</u>: kwaliteit, samenwerking, kosteneffectiviteit 	<p><u>Het ontwikkelen van één HRM-afdeling</u> Het ontwikkelen van een overkoepelende HRM-afdeling, welke eenduidig richting geeft aan gedetacheerd personeel.</p> <p><u>Het ontwikkelen van eenduidig algemeen geldend HRM-beleid</u> Het ontwikkelen van HRM-beleid met richtlijnen, werkwijzen en benaderingen, die voor iedereen gelden.</p> <p><u>Het stroomlijnen van criteria HRM met doelen, cultuur en strategie</u> De waarden die in de missie, visie, doelen, cultuur en strategie staan vertalen en borgen in HRM-tools en -criteria.</p>

Het ontwikkelen van een overkoepelende HRM-afdeling en het ontwikkelen van algemeen geldende richtlijnen, beleidslijnen en werkwijzen staan centraal als integratiestrategieën. Vanuit een centrale HRM-afdeling worden medewerkers gedetacheerd naar de zorgketenonderdelen. Het wordt daarbij van belang geacht dat het HRM-beleid gestroomlijnd is met de doelen, cultuur en strategie. Dit kan volgens Williams (1992) bereikt worden door waarden die in de doelen, cultuur en strategie centraal staan ook centraal te stellen in HRM-tools (bijvoorbeeld samenwerking in trainingsprogramma's).

Informatiesystemen

Het realiseren van functional integration gaat voorts gepaard met het integreren van informatiesystemen. Geïntegreerde informatiesystemen worden van groot belang geacht, omdat alle processen in de zorgketen hiervan afhankelijk zijn. Lumsdon (1994) en Shortell e.a. (1995) plaatsen deze systemen zelfs in het hart van de zorgketen. Alleen met geïntegreerde informatiesystemen kunnen de benodigde gegevens geleverd worden en de ontwikkeling bevorderd worden, zo menen Shortell e.a. (1996:58/73; 2000:32/47). De geïntegreerde systemen moeten wel aan een aantal eisen voldoen. Met de systemen moet data geleverd worden ten behoeve van het primaire proces en het management. Het gaat hierbij om klinische data (van gebruikte behandeling en resultaat tot patiëntgegevens), financiële data (van budget tot kosten therapie), data over kwaliteit (van satisfactie tot bereikte gezondheidswinst) en data over de populatie (van demografie tot zorgbehoefte). De gegevens moeten ook aan elkaar gekoppeld kunnen worden (Kralewski e.a., 1995; Shortell e.a., 1993; Shortell e.a., 1995). De nieuwe systemen moeten tenslotte bij het zorgproces aansluiten, zodat medewerkers hetzelfde medische dossier kunnen gebruiken (zie Williams, 1992; Conrad, 1993; Kralewski e.a., 1995; Conrad & Shortell, 1996; Appleby, 1997; Gillies e.a., 1997; Young & Barrett, 1997; Labb, 1999).

Het ontwikkelen van geïntegreerde informatiesystemen is zeer kostbaar en tijdrovend (Young & Barrett, 1997). Geïntegreerde IT-applicaties en -systemen komen daarom vooral voor in zorgketens die reeds jaren bestaan (Coddington, 2001; Coddington & Moore, 2002; Weiner

e.a., 2004). Goede IT-applicaties zijn ook niet genoeg. In zorgketens zijn ook gestandaardiseerde meet-, verzamel- en datarapportageprocessen nodig om de gewenste informatie te genereren (Young & Barrett, 1997; Conrad, 1993).

Kenmerken informatiesystemen	Benodigd integratieproces
<ul style="list-style-type: none"> • <u>type data</u>: klinisch, financieel, kwaliteit, populatie • <u>criteria</u>: parallel aan continuüm, meerdere gebruikers, koppelen data 	<p><u>Het ontwikkelen van geïntegreerde informatiesystemen</u> Het ontwikkelen van één informatiesysteem dat aansluit bij het zorgcontinuüm en iedere gebruiker de juiste informatie levert.</p> <p><u>Standaardisatie van dataverzameling en datarapportage</u> Het ontwikkelen van een eenduidige wijze van meten, verzamelen en rapporteren van gegevens.</p>

Kwaliteitsverbetering en -borging (TQM/CQI)

In zorgketens dient het integreren van kwaliteitsprocessen een plek te krijgen. Volgens Shortell e.a. (1996:32) kan een zorgketen alleen kwaliteit bieden als er een eenduidig en door iedereen gedeeld kwaliteitsbeleid aanwezig is. Het achterhalen en implementeren van best practices en het uitvoeren van technology assessments moeten in dit beleid een plek krijgen (Cave, 1995; Shortell e.a., 1993).

Kenmerken kwaliteitsverbetering en -borging	Benodigd integratieproces
<ul style="list-style-type: none"> • <u>onderdelen</u>: beoordelen, bewaken, verbeteren, verzekeren • <u>methode</u>: TQM, CQI, best practice analyses, technology assessment 	<p><u>Het ontwikkelen van eenduidig kwaliteitsbeleid</u> Het ontwikkelen van eenduidig en gedeeld kwaliteitsbeleid met richtlijnen, werkwijzen, en benaderingen, die voor iedereen gelden.</p>

Velen menen dat men zich in zorgketens moet toelagen op Total Quality Management (TQM) en Continuous Quality Improvement (CQI) om de kwaliteit continu te kunnen beoordelen, bewaken, verbeteren en verzekeren (o.a. Shortell e.a. 1993/ 1995; Gillies e.a., 1997). TQM en CQI worden zelfs bijzonder geschikt geacht voor zorgketens, omdat de uitgangspunten van TQM en CQI en die bij het ontwikkelen van zorgketens dezelfde zijn. Het definiëren van gezamenlijke doelen, het beoordelen en coördineren van activiteiten staan bij beide centraal. TQM en CQI bevorderen daardoor niet alleen de kwaliteit, maar ook de ontwikkeling van zorgketens. De methoden bieden een integratiebevorderende managementfilosofie en benadering (Shortell e.a., 1996:73/74; Shortell e.a., 2000:46).

Financieel management

Financieel management is een vierde functionele activiteit. Integratie wordt nodig geacht om geldstromen te bundelen en naar behoefte en noodzaak over de zorgketen te verdelen. Het ontwikkelen van een centrale financiële afdeling is een middel om deze integratie te bereiken. Medewerkers worden vanuit deze afdeling naar de zorgketenonderdelen gedetacheerd. Integratie wordt tevens nagestreefd door beleid, richtlijnen en werkwijzen te standaardiseren. Investerings- en budgetbeslissingen behoren tenslotte op basis van de zorgketendoelen te wor-

den gemaakt in plaats van op organisatiedoelen (Gillies, e.a. 1993; Devers e.a., 1994; Shortell e.a., 1996:58; Shortell e.a., 2000:32).

Kenmerken financieel management	Benodigd integratieproces
<ul style="list-style-type: none"> • afdeling/ detachering • systeemdoelen zijn richtinggevend • bundelen en verdelen geldstromen 	<p><u>Het ontwikkelen van één financiële afdeling</u> Het ontwikkelen van een overkoepelende financiële afdeling, welke eenduidig richting geeft aan gedetacheerd personeel.</p> <p><u>Het ontwikkelen van algemeen financieel beleid</u> Het ontwikkelen van financieel beleid met richtlijnen, werkwijzen en benaderingen, die voor iedereen gelden.</p>

Ondersteunende diensten

Bij functionele integratie gaat het tenslotte om de integratie van de ondersteunende diensten van de verschillende organisaties (bijvoorbeeld de inkoopdienst, de voedingsdienst of de schoonmaakdienst). De essentie van de integratie van de ondersteunende diensten is dat er centrale ondersteunende diensten komen. Gemeend wordt dat het samenvoegen tot schaalvoordelen, kosteneffectiviteit en kwaliteit leidt, omdat door de samenvoeging een eenduidige manier van werken mogelijk wordt (Gillies e.a., 1993; Devers e.a., 1994).

Functionele integratie samengevat

Uit het bovenstaande blijkt dat in de VS vooral naar eenheid in de ondersteuning wordt gestreefd. Het ontwikkelen van centrale afdelingen en het harmoniseren van beleid, regels en systemen staan continu centraal. Decentralisatie en verschillen zijn alleen mogelijk als de gewenste systeemeenheid behouden blijft. Zo worden gedetacheerde medewerkers altijd door centrale managers aangestuurd. En zo moeten het beleid, de regels en de systemen van zorgketenonderdelen altijd afgeleide zijn van de geharmoniseerde (Gillies, 1993; Devers, 1994; Shortell e.a., 1996:57; Shortell e.a., 2000:31). Tegenstrijdig is dat alles wordt geïntegreerd, terwijl tegelijkertijd gesteld wordt dat integratie alleen wenselijk is als het tot betere patiëntenzorg, schaalvoordelen, deskundigheidsbevordering en een zorgcontinuüm leidt (Cerne, 1994 in Shortell e.a., 1996:65; Williams, 1992). Niet alle vormen van functionele integratie zijn ook van even groot belang. Managers vinden de integratie van kwaliteitsprocessen, het financiële management en de informatiesystemen het belangrijkste (Shortell e.a., 2000:34).

2.4.6 Physician integration

Het meekrijgen van artsen in de ontwikkeling van zorgketens is in de VS een belangrijk punt van aandacht, omdat artsen veel invloed hebben op de planning en beheersing van het aanbod. Het gaat hierbij niet alleen om specialisten. Huisartsen zijn eveneens belangrijk, omdat zij bij 60% van de patiënten betrokken zijn (Cave, 1995; Goldsmith, 1993). Huisartsen kunnen cliënten als poortwachter naar de meest kosteneffectieve plek in de zorgketen leiden. Zij zijn

tevens een gewilde partij vanwege hun kennis over preventie en hun vaardigheden in het monitoren van de cliënt over het gehele continuüm heen (Cave, 1995; Galvin, 1995). Huisartsen zijn tenslotte nodig om de omslag van klinische zorg naar eerstelijns zorg te maken. Griffith (1996) stelt zelfs dat zorgketens, die de meeste huisartsen aan zich weten te binden, de competitie om marktaandeel gaan winnen.

Onder artsen was reeds een integratieslag gaande vóór de ontwikkeling van zorgketens. Specialisten en huisartsen integreerden met ziekenhuizen en met elkaar in groepspraktijken (Coddington e.a., 1994; Cave, 1995; Esposto, 2004). Deelname in een zorgketen gaat voor artsen echter nog een stap verder. Het gaat gepaard met een sterkere regulering en reorganisatie van hun werk (Ackerman, 1992; Shortell e.a., 1996:102/103; Shortell e.a., 2000:70-73). In de VS wordt veel aandacht besteed aan het verbinden van artsen aan de zorgketens om artsen mee te krijgen in het ontwikkelen van zorgketens.

Kenmerken physician-system integration	Benodigd integratieproces
<ul style="list-style-type: none"> • economische binding • facilitaire binding • betrokken in management, bestuur en toezicht • verantwoordelijkheid delen 	<u>Het realiseren van physician integration</u> Het realiseren van verbondenheid van artsen aan de zorgketen.

Bij physician integration gaat het om het realiseren van deze binding en wel meer specifiek om het economisch binden, het facilitair binden en het realiseren van betrokkenheid van artsen bij het managen, besturen en toezicht houden op de zorgketen (Gillies e.a., 1993; Shortell e.a., 1996:95). In zorgketens raken artsen facilitair gebonden als zij gebruik maken van de diensten en voorzieningen van de zorgketen. Het economisch binden van artsen slaagt als artsen zich medeverantwoordelijk gaan voelen voor de financiën van de zorgketen en een economisch belang krijgen bij deelname in de zorgketen (Devers e.a., 1994). Een probleem in zorgketens is echter dat de financiële belangen van de zorgketen en die van de artsen strijdig kunnen zijn. Artsen willen productie draaien om hun inkomens te maximaliseren, terwijl in zorgketens naar een reductie van de productie wordt gestreefd om de kosten te beheersen. Soms worden artsen daarom in loondienst genomen en soms worden zelfs hele praktijken gekocht. Met dure compensatieregelingen wordt vervolgens voorkomen dat artsen te weinig productie draaien (Hudson, 1993; Cave, 1995, Coddington e.a., 1996). Cave (1995) meent dat economische binding beter bereikt kan worden door alleen artsen te selecteren, die zich willen committeren aan de doelen van de zorgketen. Goldsmith (1993) stelt als oplossing voor om artsen het financieel risico over de eigen praktijk te laten behouden, maar de inkoop van dure technologie aan de zorgketen over te laten. Een optie is ook om alleen niet medische zaken van artsen over te nemen, zoals bijvoorbeeld de administratie (Devers e.a., 1994; Cave, 1995).

Om tot physician integration te komen wordt het voorts nodig geacht dat artsen in het management, de besturing en het toezicht op de zorgketen participeren (Devers e.a., 1994; Shortell e.a., 2000). De redenering is dat artsen zich aan de zorgketendoelen zullen committeren als zij het gevoel hebben dat voldoende aan hun belangen tegemoet wordt gekomen. Binding slaagt alleen als de doelen van artsen en de kwesties die hen bezighouden overeenkomen met die van de zorgketen (Shortell e.a., 2000:67; Budetti e.a., 2002). Dat gevoel ontstaat naar verwachting als artsen in het management en de governanceorganen vertegenwoordigd zijn (Cave, 1995; Griffith, 1996). Alexander e.a. (1995) en Gillies e.a. (1997) stellen dat de aanwezigheid van artsen in deze geledingen ook noodzakelijk is, omdat alleen zij klinische expertise kunnen inbrengen.

Devers e.a. (1994) stellen tenslotte dat de mate waarin artsen de zorginhoudelijke en financiële verantwoordelijkheid voor de zorg in de zorgketen met elkaar willen delen bepaalt hoe sterk artsen zich aan de zorgketen binden. Deze vorm van integratie wordt bereikt als artsen niet meer hun schakel en autonomie, maar de zorgketen, samenwerking en het gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen centraal stellen (Anderson, 1992; Gillies e.a., 1993; Devers e.a., 1994; Alexander e.a., 1995; Shortell e.a., 1995; Griffith, 1996; Charns, 1997; Barber e.a., 1998). Ook collegialiteit, tolerantie en het delen van professionele waarden moeten hiertoe, volgens Goldsmith (1993), door artsen centraal worden gesteld. Volgens Coddington e.a. (1995) wordt deze integratie eerder bereikt als artsen in groepspraktijken werkten, voordat zij onderdeel werden van een zorgketen. Zij zijn dan reeds gewend om enige verantwoordelijkheid met elkaar te delen.

2.4.7 Clinical integration

Clinical integration (klinische integratie) is de laatste onderscheiden integratievorm. Zoals hierboven gesteld duidt clinical integration op de coördinatie van alle zorg in de zorgketen. Clinical integration blijkt beïnvloed te worden door de structuur van de zorgketen, de ingezette herontwerpprocessen en de geïmplementeerde integratiemechanismen. Deze drie beïnvloedende factoren worden hieronder besproken.

De relatie tussen de structuur van de zorgketen en clinical integration

De mate van clinical integration hangt, volgens Shortell e.a. (2000:133-135), ten eerste af van de structuur van de zorgketen. Meer specifiek gaat het om het aantal organisaties, de grootte van de zorgketen, de geografische spreiding van de organisaties in de zorgketen, de juridische bindingsintensiteit, de plaatsen waar diensten worden aangeboden en de wijze waarop het werk en de werkprocessen zijn gestructureerd. Alle bepalen hoe goed men in staat zal zijn om het gehele continuüm aan zorg te integreren. Clinical integration kan nooit of niet overal gerealiseerd worden als de zorgketen in zijn geheel of in een bepaald geografisch gebied een voorziening mist. Bij een grote afstand tussen de organisaties is het moeilijker om te integre-

ren. En bij een lage bindingsintensiteit is het slecht mogelijk om een geïntegreerd programma voor een bepaald ziektebeeld te ontwikkelen. De beslissingen die genomen worden over de structuur van de zorgketen zijn daarom zeer bepalend voor de maximaal te bereiken mate van clinical integration. Volgens Shortell e.a. (2000:139) is het van groot belang, dat zij die de beslissingen over de structuur nemen, begrijpen hoe de besluiten clinical integration beïnvloeden.

De mate van clinical integration hangt ten tweede af van de plaats die klinische integratie in de strategie krijgt. In de strategie moet klinische integratie volgens Shortell e.a. (2000:139/144/145) duidelijk als doel geformuleerd zijn. Ook moet beschreven zijn hoe klinische integratie bereikt en gefinancierd wordt en wie daarvoor verantwoordelijk is. Strategie moet tevens zijn om klinisch integratiebevorderend gedrag te belonen. Dergelijk gedrag hebben medewerkers veelal niet van nature. Zij zullen moeten leren om in een klinisch geïntegreerd proces te werken. Medewerkers hebben daarvoor vaardigheden nodig. De 'mate waarin mensen de benodigde training en vaardigheden hebben om de klinische integratiedoelen te bereiken' bepaalt dan ook de mate van klinische integratie (Shortell e.a. 1996:158, 2000:140). Een integratiebevorderende cultuur is daartoe onontbeerlijk. Een cultuur waarbij klinische integratie noch herkend noch gewaardeerd wordt, leidt tot het verwateren van de ondernomen activiteiten. Zo stellen Shortell e.a. (2000:115): Clinical integration 'depends on developing multiskilled workers with a holistic view of the patient and the continuum of care required to maintain, enhance or restore the patients health. The key here is the cultural value of wholeness, integration, empowerment (...) and a philosophy of continuous learning'.

Herontwerpen

Genoemde factoren bieden alleen een noodzakelijk kader voor clinical integration. Om echt een continuüm van zorg te bieden zullen de primaire processen herontwerpen moeten worden tot ketentrajecten (Shortell e.a., 1996:174-181; Shortell e.a., 2000:146/147). Het begrip ketentraject wordt in de VS met termen als clinical pathway of integrated pathway geduid. Wat deze zijn, is echter weinig eenduidig gedefinieerd (Lumsdon & Hagland, 1993). In zijn algemeenheid verwijzen de termen naar organiseerprincipes waarbij de zorgverlening en gecoördineerd en kosteneffectief is georganiseerd en aansluit bij het traject dat een patiënt doorloopt (naar Hicks & Bopp, 1996; Stahl, 1995; Giffin & Giffin, 1994, Shortell e.a., 1996). De pathways moeten daartoe naar output in plaats van naar input gestructureerd worden, bijvoorbeeld rondom een ziekte, een doelgroep of een specifieke interventie (Parker e.a., 2001). De pathways worden ontwikkeld door de primaire processen aansluitend op het traject dat een cliënt doorloopt, te herontwerpen. Vele auteurs⁶ bespreken dat daartoe eerst cliëntengroepen gedefinieerd moeten worden. Daarna moet bekeken worden welke resultaten voor die groep

6. Zie bijvoorbeeld Meyer & Feingold, 1995; Hicks & Bopp, 1996; Lumsdon & Hagland, 1993; Lyne & Williams, 1995; Giffin & Giffin, 1994; Godchaux e.a., 1997; Clancy, 2002; Keyte & Gershon, 1998

behaald moeten worden en welke typen zorg en hulpverleners daarom betrokken moeten zijn. Vervolgens is het zaak te bekijken hoe deze langs het continuüm georganiseerd moeten worden. Het herontwerpen omvat tenslotte het bijeenbrengen van de zorg en hulpverleners langs het continuüm.

Kenmerken clinical integration	Benodigd integratieproces
<ul style="list-style-type: none"> • <u>randvoorwaarden</u>: juiste beslissingen zorgketenstructuur, strategische, technische, structurele en culturele dimensie, juiste mechanismen, gebruik mechanismen • <u>proces</u>: herontwerpen primaire proces • <u>integratiemechanismen</u>: protocollen, richtlijnen, gedeeld EPD, programmering en planning, case- en diseasesmanagement 	<p><u>Het realiseren van clinical integration</u></p> <p>Het zodanig herontwerpen van zorgprocessen dat er een naadloos continuüm aan zorg ontstaat voor alle door de zorgketen bediende cliëntgroepen.</p>

Implementeren integrerende mechanismen

Om tot clinical integration te komen zijn volgens Shortell e.a. (1996:154/155; 2000:131) en Devers e.a. (1994) tenslotte een aantal integratiemechanismen nodig, zoals protocollen, richtlijnen, casemanagement, diseasesmanagement, uniforme elektronische dossiervorming (EPD) en gezamenlijke programmering en planningen. De auteurs wijzen erop dat het ontwikkelen van deze mechanismen niet genoeg is. De mechanismen leiden alleen tot integratie als ze daadwerkelijk gebruikt worden. Zo is de ontwikkeling van een protocol niet afdoende. Iedereen moet het protocol gebruiken om te komen tot klinische integratie. Niet ieder integratiemechanisme is daarbij altijd geschikt om zorg te coördineren. De geschiktheid hangt af van het type interdependentie tussen organisaties. Organisaties die zorg verlenen aan chronisch zieken zijn bijvoorbeeld reciproque afhankelijk van elkaar. Casemanagement is gegeven deze reciprociteit een geschikte integratiestrategie. Hoe goed klinische integratie tot stand wordt gebracht hangt volgens Shortell e.a. (2000:135-139) dan ook af van de mate waarin men in staat is 'to assess the degree and type of interdependence required to care for different type of patients and match integration strategies to these different demands (ibid.:139)'. Past het gekozen integratiemechanisme niet bij het type interdependentie, dan faalt de integratie.

2.5 Het slagen en falen van zorgketenvorming

Ondanks de vele inzichten over de wijze waarop zorgketens ontwikkeld moeten worden, is het nog een vraag of het ontwikkelen van zorgketens, zoals wordt voorgestaan, tot de gewenste effecten leidt. In 1994 ziet Goldsmith nog weinig bewijs voor de vermeende effecten. In 1996 en 1997 komen Coddington e.a. en Charns tot dezelfde conclusie. Anno 1999 blijkt volgens Byrne en Ashton nog steeds weinig empirisch bewijs beschikbaar te zijn en in 2001 rapporteren Friedman en Goes hetzelfde. Deze onderzoekers doen echter vooral algemene uitspraken

over effecten. Ook op soort effecten is onderzoek verricht. Het onderzoek is veelal kwalitatief van aard en conclusies over de effecten laten een verdeeld beeld zien.

Sommige onderzoekers komen tot de conclusie dat zorgketens betere **kwaliteit van zorg** bieden. Zo rapporteert Greenberg (1998) op basis van een casestudy dat de kwaliteit in zorgketens hoger is, omdat de zorg beter gecoördineerd is. Coddington e.a. (1995) komen tot dezelfde conclusie op basis van de redenering dat in zorgketens meer wordt geïnvesteerd in kwaliteitsbevorderende activiteiten. Lumsdon & Hagland (1993) en Meyer & Feingold (1995) nemen pathways als kwaliteitsmaat. Zij rapporteren dat 57% van 581 onderzochte ziekenhuizen in zorgketens met zorgpaden werken. Zij concluderen hieruit dat zorgketens betere kwaliteit leveren. Andere onderzoekers zetten juist vraagtekens bij de kwaliteit van zorg in zorgketens. Zo menen Giffin & Giffin (1994) dat het ontwikkelen van zorgpaden tot slechtere kwaliteit leidt en niet opweegt tegen de kosten van het ontwikkelen. Zorgpaden hebben een te 'kookboekachtig' karakter. De inhoud van een zorgpad is ook vaak het resultaat van regressie naar het gemiddelde in plaats van naar het optimale. Volgens Charns (1997) leidt integratie tot verminderde kwaliteit, omdat vergaande integratie ten koste gaat van een focus op professionele ontwikkeling.

Ook de **kosteneffectiviteit** is onderzocht. Volgens Coddington e.a. (1995), Conrad & Dowling (1990) en Greenberg (1998) zijn zorgketens kosteneffectiever. Echt bewijs hebben zij echter niet. Ze geven eerder niet getoetste hypothesen. Zo stellen zij dat integratie van artsen en ziekenhuizen tot stroomlijning van financiële prikkels en risicodeling leidt en daarmee tot een gezamenlijke inspanning om de kosten te beheersen. Zorgketens zouden ook lagere transactiekosten hebben, omdat cliënten door een betere en efficiëntere doorverwijzing sneller op de juiste of meest goedkope plaats terechtkomen.

Het is nog een openstaande vraag of **de behoeften van de populatie** daadwerkelijk bediend worden met zorgketens. Coddington e.a. (1995) spreken slechts over het bereiken van een verbeterde toegankelijkheid tot zorg. Andere auteurs menen juist dat zorgketens door hun monopoliepositie slechter aansluiten bij de wensen van de populatie. Zo vindt Campbell (1998) de verminderde keuzevrijheid, ten gevolge van de monopoliepositie van zorgketens, het meest negatieve resultaat van de zorgketenvorming. Johnson (1993) bespreekt echter dat de kans nihil is dat een zorgketen een zodanige monopoliepositie verwerft, dat er slechte kwaliteit tegen hoge prijzen geleverd gaat worden. Simpson & Coate (1998) en Greenberg (1998) menen dat de schade van een monopoliepositie afgewogen moet worden tegen de vele baten van zorgketens.

Het is tevens onbekend of **gefuseerde zorgketens effectiever zijn dan niet-gefuseerde** netwerkvormen. De verwachting is dat het van de context afhangt of een fusie effectiever is (Walston e.a., 1996; Robinson & Casalino, 1996). Wan en Wang (2003) concluderen in hun

studie naar 100 zorgketens dat vooral de grootte van de zorgketen en het aantal artsen in de zorgketen de performance van de zorgketen verhogen.

Of de **mate van integratie** uiteindelijk invloed heeft op de effecten is eveneens onbekend. Conclusie van de HSIS-onderzoekers is dat de mate van functionele integratie nauwelijks en de mate van physician integration zeer sterk positief gecorreleerd is met de mate van klinische integratie. Een hoge mate van clinical integration is voorts positief gecorreleerd met de performance van de zorgketen. De auteurs plaatsen echter zelf kanttekeningen bij deze resultaten. Zij twijfelen aan de validiteit van hun conclusies, omdat zij geen objectieve, maar subjectieve data hebben gebruikt. Contextuele factoren zijn daarbij niet in de analyses opgenomen en de conclusies berusten op correlaties en niet op regressievergelijkingen.

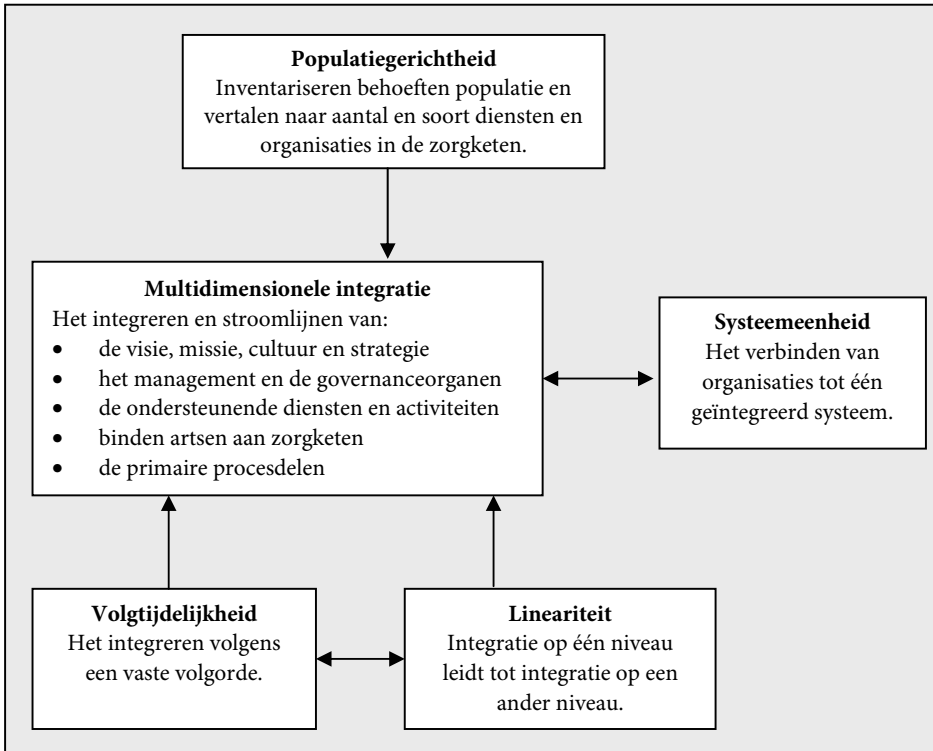
Over het falen en slagen van zorgketens is tenslotte veel casuïstisch materiaal. Het falen en slagen wordt in deze studies veelal in verband gebracht met het financieringsstelsel, wet- en regelgeving, technologische en demografische ontwikkelingen. Friedman en Goes (2001) voegen daar een batterij aan faalfactoren aan toe. Problemen bij het bedenken van een zorgketenontwerp en het inzetten van de juiste ontwerpprocessen, gebrek aan een patiëntgerichte focus, conflicterende informatiesystemen, onkunde bij het meten van uitkomsten, gebrek aan vertrouwen, commitment en wederzijds begrip, slecht leiderschap, het ontbreken van een zorgketencultuur en visie, een haperende communicatie en onwil bij zorgketenpartijen om autonomie af te staan, zijn alle problemen, die integratie in de weg staan.

Ondanks al deze problemen en twijfelachtige effecten blijft men in de VS echter geloven in zorgketens (Linenkugel, 2001; Coddington, 2001).

2.6 Vijf concepten over de ontwikkeling van zorgketens

Het doel van dit hoofdstuk is om op basis van theorievorming uit de VS, inzicht te krijgen in concepten waarmee de ontwikkeling van zorgketens in Nederland geanalyseerd kan worden. Gemeend wordt dat de inzichten uit de VS terug te brengen zijn tot vijf concepten (zie figuur 2.2): het concept populatiegerichtheid, het concept systeemeenheid, het concept multidimensionale integratie, het concept volgtijdelijkheid en het concept lineariteit.

Het concept populatiegerichtheid verwijst naar de redenering dat het voldoen aan de vragen van een populatie het uitgangspunt is. Het ontwikkelen van zorgketens gaat met een continue beoordeling van de wensen, behoeften en gezondheidsstatus van de populatie gepaard. Op basis hiervan worden het aantal en typen diensten van de zorgketen bepaald en het aantal en soort organisaties dat in de zorgketen verenigd zal worden. Het verenigen van organisaties in zorgketens is echter niet genoeg. Het gaat ook om het verbinden van alle functies en processen van organisaties.



Figuur 2.2. Vijf concepten uit de VS over het ontwikkelen van zorgketens

Het concept systeemeenheid verwijst naar de redenering dat deze verbondenheid zodanig moet zijn dat de zorgketen in alle delen van de zorgketen te herkennen is. Alle organisaties moeten uiteindelijk zodanig aan elkaar verbonden zijn dat zij één nieuwe organisatorische eenheid vormen. Bij het ontwikkelen van zorgketens gaat het met andere woorden om het bereiken van ‘systemness’.

Het concept multidimensionele integratie verwijst naar de redenering dat binnen en tussen organisatieniveaus geïntegreerd moeten worden om tot deze systeemeenheid te komen. Het gaat hierbij om het integreren van visies, missies, strategieën, culturen en het integreren van het toezicht, de besturing, het management, de ondersteuning, de artsen en de primaire procesdelen. Deze integratie resulteert in de aanwezigheid van een systeemvisie en missie, een systeemcultuur, een systeemstrategie, systeemgovernance, systeemmanagement, systeemafdelingen en systeembeleid voor de functionele activiteiten, aan het systeem verbonden artsen en een systeembreed geïntegreerd primaire processen. Het realiseren van systeemeenheid behelst voorts dat al deze ook met elkaar zijn geïntegreerd. Deze integratie wordt bewerkstelligd door de functionele diensten, de artsen, het management en de governancestructuur parallel aan het geïntegreerde primaire proces te organiseren. Integratie wordt tevens bereikt door in de visie, missie, strategie en cultuur dezelfde waarden centraal te stellen en deze waarden te ver-

talen naar het niveau van de governance, het management, de functionele diensten, de artsen en de primaire processen.

Het concept volgtijdelijkheid verwijst naar de redenering dat deze systeemeenheid bereikt wordt door volgens een vaste volgorde te integreren. Deze behelst dat eerst de missie, visie, doelen, cultuur en strategie geïntegreerd worden, dan de functionele diensten, dan de artsen en daarna de primaire processen. De primaire processen behoren wel leidend te zijn bij de vormgeving van de integratie op de andere niveaus. Vanwege deze volgtijdelijkheid verloopt de ontwikkeling van zorgketens lineair. Het concept lineariteit verwijst naar de redenering dat integratie op één dimensie altijd de integratie op een andere dimensie bevordert.

2.7 Volledigheid en toepasbaarheid model

De theorieën uit de VS bespreken zeer eenduidig hoe de ontwikkeling van zorgketens verloopt. Geven de theorieën echter afdoende inzicht en zijn de inzichten toepasbaar op de Nederlandse situatie?

Bij de toepasbaarheid zijn allereerst vraagtekens te zetten. De ontwikkeling van zorgketens in de VS vertoont niet alleen gelijkenissen, maar ook verschillen met die in Nederland. Een eerste verschil is dat zorgketens in de VS veel groter zijn (zie Bijlage A, Shortell e.a., 1996, 2000 en hoofdstuk 5). Zorgketens in de VS hebben miljarden aan budget en de zorgketens bestrijken een veel groter geografisch gebied. Onder de zorgketens in de VS ressorteren veel meer organisaties. Het is denkbaar dat de ontwikkeling van zorgketens in Nederland gegeven het verschil in omvang en geografische spreiding verschillend verloopt. Wellicht is de aandacht voor systeemeenheid in de VS bijvoorbeeld zo groot, omdat onder de zorgketens zoveel organisaties ressorteren. Als iedere organisatie zijn eigen gang gaat wordt de zorgketen onbestuurbaar. En misschien is een ordening naar markt of regio of het decentraliseren van governanceorganen of ondersteunende medewerkers in Nederland helemaal niet aan de orde, omdat zorgketens in Nederland een kleiner regionaal gebied bestrijken.

Een ander verschil is dat zorgketens in de VS veel vaker cure-voorzieningen hebben, zoals ziekenhuizen, diagnostische centra, gezondheidscentra en verloskundige praktijken. In 1994 maakte bijvoorbeeld 71% van de ziekenhuizen deel uit van een zorgketen (Bartling, 1995; Bazzoli e.a., 1999). In hoofdstuk 5 zal besproken worden dat dit percentage in Nederland tien jaren later nog maar 18% is. Het maakt dat in de VS veel aandacht is voor physician integration en clinical integration. In Nederland, waar zorgketens voornamelijk uit care-voorzieningen bestaan, is deze overheersende aandacht voor medische professionals en het klinische deel van het zorgcontinuüm wellicht niet genoeg of zelfs niet aan de orde.

Een laatste verschil betreft het verschil in institutioneel bestel. Het verschil in financiering speelt vooral een rol. De introductie van managed care is van zeer grote invloed geweest. Het managed care principe houdt kort in dat verzekeraars de zorgaanbieders contracteren (zie Enthoven, 1993). Zorgaanbieders krijgen een vooraf bepaald budget ('capitation'), waarmee zij de zorg aan verzekerden moeten leveren. Hoe efficiënter en kosteneffectiever de zorg wordt geleverd, hoe winstgevender de zorgaanbieder. De introductie van managed care is met het ontwikkelen van zorgketens gepaard gegaan, omdat verticale samenwerking volgens zorgaanbieders tot efficiëntie en kosteneffectiviteit leidt (Higgings & Meyers, 1987; Goldsmith, 1994; Shortell e.a., 1995; Brown, 1996; Ford, 1996; Conrad & Shortell, 1996; Simpson & Coate, 1998). Het bereiken van efficiëntie en kosteneffectiviteit zijn voor zorgaanbieders belangrijke redenen om integratie en bepaalde vormen van integratie centraal te stellen. Dit wordt versterkt door het feit dat verzekeraars in de VS soms een partij zijn in zorgketens. Zij hebben dan een belangrijke bestuurlijke invloed op de activiteiten in de zorgketen. Financiële doelen worden door hen sterk centraal gesteld. Het is de vraag of in Nederland, waar deze financiële impulsen geringer zijn, dezelfde soorten integratie centraal zullen staan.

De inzichten uit de VS zijn gegeven genoemde verschillen zeer waarschijnlijk niet geheel toepasbaar op de Nederlandse situatie. Bij de inhoud van de inzichten zijn tevens vraagtekens te zetten. De theorieën gaan allereerst sterk uit van een 'one-fits-all' principe. Systeemeenheid en dezelfde multidimensionale integratie worden altijd nodig geacht, ongeacht het soort zorgketen. Er worden geen vragen gesteld bij de juistheid van deze generalisatie. Ook wordt niet bevraagd of systeemeenheid altijd nodig is. Het is ook geen vraag of de onderscheiden integratiedimensies de enige juiste zijn. Misschien zijn er zorgketens, die gegeven de context waarin ze zijn ingebed, langs andere integratielijnen of zonder integratie tot ontwikkeling komen. Misschien is het helemaal niet nodig om alles in zorgketens te integreren en is 'some' dimensional integration of 'semi' systemness genoeg. De theorievorming in de VS roept kortom de vragen op welke mogelijke andere vormen van integratie met de ontwikkeling gepaard gaan, of alle vormen van integratie even belangrijk zijn, of de context van invloed is en of alle vormen van integratie en volledige integratie eigenlijk wel nodig zijn? Daarbij zijn vraagtekens te zetten bij de redeneringen over volgtijdelijkheid en lineariteit. Shortell e.a. (1996, 2000) geven zelf aan dat zij niet kunnen bewijzen dat de verschillende integratievormen elkaar versterken en logisch op elkaar volgen. Misschien is het dan ook niet zo dat iedere vorm van integratie aan een andere voorafgaat en dat de integratie op het ene niveau de integratie op een ander niveau bevordert. Wellicht is de dynamiek een geheel andere en beïnvloeden de integratievormen elkaar volgens een ander patroon of niet of op belemmerende wijze. Tenslotte beoogt men met onderzoek vooral bruikbare aanbevelingen aan de praktijk te geven. De bevindingen zijn daardoor zeer normatief en to-do-achtig. Probleemgestuurd onderzoek overheerst en in het onderzoek ontbreekt bijna altijd een organisatietheoretisch fundament. De gekozen invalshoek is voorts vooral een systeemtheoretische. Er wordt niet beschreven hoe de ontwikkeling zich voltrekt als vanuit andere perspectieven naar de ontwikkeling wordt gekeken.

Er zijn dus vele vraagtekens te zetten bij de toepasbaarheid en volledigheid van de inzichten uit de VS. Teneinde meer kritische en aanvullende inzichten te krijgen, wordt de wijze waarop het ontwikkelen van zorgketens verloopt in het volgende hoofdstuk vanuit organisatiethoretische perspectieven bekeken. In hoofdstuk 4 worden de inzichten uit de VS en de organisatie-theoretische inzichten met elkaar geconfronteerd.

Zorgketens vanuit een interorganisatieel en institutioneel perspectief

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden theorieën besproken, die inzicht geven in de wijze waarop de ontwikkeling van zorgketens bestudeerd kan worden. Als vraag staat centraal wat in theorieën wordt gesteld over het verloop van organisatieontwikkelingen. De inzichten vormen de bouwstenen voor het theoretisch conceptueel model van deze studie, dat in hoofdstuk 4 wordt besproken.

Selectie van theorieën

Zorgketens zijn organisatorische verschijnselen en als zodanig onderwerp gemaakt van organisatiesociologische theorieën. De empirie is leidend geweest om uit de vele theorieën, theorieën te vinden die behulpzaam zijn bij het bestuderen van de ontwikkeling van zorgketens. Deze zoektocht is, zoals in hoofdstuk 1 is besproken, uitgemond in een combinatie van actor- en systeemtheoretische inzichten uit interorganisatiele en institutionele theorieën. Actor- en systeembenaderingen zijn gecombineerd om inzicht te krijgen in de wijze waarop structuren veranderen en de rol van actoren daarbij. Interorganisatiele en institutionele theorieën zijn gecombineerd, omdat deze theorieën vanuit verschillende invalshoeken belichten hoe ontwikkelingen verlopen. Met interorganisatiele theorieën is te verklaren hoe belangen, macht, bronnen, interdependenties, efficiëntie- en effectiviteitsmotieven van invloed zijn. Interorganisatiele theorieën bieden daarbij inzicht in de kenmerken van structuren, belangen, sociale relaties en culturen en de wijze waarop deze veranderen. Institutionele theorieën zijn van waarde, omdat deze uiteenzetten hoe de ontwikkeling van zorgketens wordt beïnvloed door legitimiteit, culturele tradities, regels, gewoontevorming en ideeën. Institutionele theorieën belichten daarbij waarom in de gehele zorgsector zorgketens ontstaan.

Opbouw hoofdstuk

Het hoofdstuk start in paragraaf 3.2 met een uiteenzetting van de determinanten voor het aangaan van interorganisatiele relaties om inzicht te krijgen in de motieven voor zorgketenvorming. In paragraaf 3.3 wordt een algemeen theoretisch perspectief besproken voor de

bestudering van zorgketenontwikkelingen. Eerst wordt beschreven dat zorgketens vormen van netwerken zijn. Daarna wordt belicht hoe structuren en de rol van actoren in samenhang bestudeerd kunnen worden. In deze paragraaf wordt betoogd dat de ontwikkeling van zorgketens daartoe benaderd kan worden als een institutionaliseringsproces. In de daaropvolgende paragrafen wordt aandacht besteed aan de wijze waarop institutionaliseringsprocessen verlopen, structuren worden ontwikkeld en actoren handelen. In paragraaf 3.4 staat een institutioneel perspectief hierop centraal om grip te krijgen op de invloed van regels, normen, waarden en opvattingen. De paragrafen 3.5, 3.6 en 3.7 bevatten een uiteenzetting van inzichten uit interorganisationale theorieën. Paragraaf 3.5 handelt over de invloed van belangen, macht, middelen en strategieën van actoren. Paragraaf 3.6 bespreekt theorieën die aangeven hoe structuren, belangen, sociale relaties en culturen veranderen. Paragraaf 3.7 bevat een beschrijving van systeemtheoretische inzichten om inzicht te krijgen in mogelijke structuren van zorgketens.

3.2 Motieven om zorgketens te ontwikkelen

Aan de ontwikkeling van zorgketens ligt een mengeling van motieven ten grondslag en de vraag met wie de zorgketen ontwikkeld gaat worden. In deze paragraaf staat centraal welk samenstel van motieven aanleiding geeft om zorgketens te vormen, hoe organisaties tot een partnerkeuze komen en hoe motieven en partnerkeuzes met elkaar samenhangen.

3.2.1 Interdependentie: vormen van afhankelijkheid als motief

Het is niet eenvoudig om inzicht te krijgen in het mogelijke samenstel van motieven. Volgens Oliver (1990) zijn motieven dermate heterogeen onderzocht dat we op een punt zijn gekomen dat 'we no longer know what we know about the formation of interorganizational relationships'. Oliver komt zelf tot zes determinanten voor het aangaan van interorganisationale relaties door inzichten hierover uit de periode 1960 tot 1990 te integreren (zie tabel 3.1). De determinanten gaan er alle van uit dat organisaties relaties aangaan, omdat zij afhankelijk van elkaar zijn om hun doelen te bereiken.

Relaties ontstaan ten eerste als organisaties hiertoe verplicht worden. Zij hebben geen keuze. Organisaties hebben elkaar nodig om te voldoen aan opgelegde eisen. Schaarste aan bronnen is volgens Oliver een tweede drijfveer. In situaties van schaarste gaan organisaties enerzijds relaties aan om de bronnen te bemachtigen, waarmee zij hun eigen autonomie veilig kunnen stellen. Conflict en concurrentie om bronnen en een behoefte aan macht en controle vormen de aanleiding om relaties aan te gaan. Schaarste kan er anderzijds toe leiden dat organisaties hun bronnen bijeenleggen om samen gedeelde belangen en doelen te bereiken. Het zoeken naar harmonie en wederzijdse ondersteuning staan als aanleiding centraal, omdat organisaties wederzijdse baten uit de relatie kunnen halen. Organisaties gaan volgens Oliver vervolgens

Determinanten gebaseerd op interdependentie	
• noodzaak	verplicht aan eisen voldoen
• asymmetrie	veilig stellen autonomie
• stabiliteit	reduceren onzekerheid
• legitimiteit	rechtvaardigen activiteiten en output
• efficiëntie	verbeteren input-output ratio
• reciprociteit	behalen wederzijdse voordelen
Determinanten gebaseerd op informatie over competenties en betrouwbaarheid	
• relational embeddedness	kennis door samenwerking in heden en verleden
• third party embeddedness	kennis via derde
• positional embeddedness	kennis door centrale of perifere positie partij
• structurele differentiatie	kennis door vergelijking posities partijen

Tabel 3.1. Determinanten voor het aangaan van interorganisatiele relaties

relaties aan om zich te verzekeren van een toestroom aan bronnen. En ook het verkrijgen van legitimiteit kan een impuls voor organisaties zijn als de omgeving van organisaties eist dat zij hun activiteiten en output rechtvaardigen. Het verbeteren van doelmatigheid is een laatste motief. Organisaties gaan relaties met elkaar aan om hun processen efficiënter vorm te geven en schaalvoordelen te behalen.

Welke determinant uiteindelijk bepalend is voor het ontstaan van een interorganisatiele relatie is afhankelijk van de kenmerken van de omgeving en de interne structuur. Daarnaast hangt de bepalende determinant af van het theoretisch perspectief van onderzoekers (Oliver, 1990; Grandori en Soda, 1995). Exchange benaderingen leggen de nadruk op noodzakelijkheid en reciprociteit, terwijl politiek-economische theorieën en Marxistische theorieën asymmetrische motieven centraal stellen. Efficiëntie is een motief in economische benaderingen. Legitimiteit staat centraal in institutionele benaderingen. Oliver (1990) stelt dat iedere determinant afdoende verklaring biedt voor het ontstaan van interorganisatiele relaties, maar dat het uiteindelijke besluit om relaties aan te gaan altijd is gestoeld op een combinatie van alle determinanten.

3.2.2 Embedded relations: de invloed van relaties tussen partijen op de keuze

Het aangaan van relaties kan volgens Gulati en Garguilo (1999) niet alleen vanuit voornoemde determinanten begrepen worden. Dat organisaties afhankelijk van elkaar zijn betekent volgens hen niet dat organisaties daadwerkelijk samen een netwerk gaan vormen. Organisaties nemen deze beslissing ook op basis van informatie over de competenties en betrouwbaarheid van mogelijke netwerkpartners. Organisaties hebben deze informatie door hun huidige en vroegere relaties ('embedded relations') en de aanwezige structurele differentiatie in het interorganisatiele veld (zie tabel 3.1).

Gulati en Garguilo (1999) stellen dat organisaties, die al relaties met elkaar onderhouden, eerder een netwerk vormen, omdat beide reeds kennis over elkaar hebben en weten wat samenwerkingsmogelijkheden zijn ('relational embeddedness'). Organisaties vormen eveneens eerder een netwerk als zij een relatie onderhouden met dezelfde derde partij ('structural embeddedness'). Granovetter (1985) gebruikt hier de meer inzichtelijk term 'third party embeddedness' voor. Het feit dat beide organisaties onafhankelijk van elkaar dezelfde partner kiezen is volgens Gulati en Garguilo (1999) een indicator voor hun betrouwbaarheid. Deze organisaties gedragen zich daarbij positief naar elkaar om hun relatie met die derde partij niet op het spel te zetten. Een derde partij verschaft ook op indirecte wijze informatie. Deze derde partij kan informatie over de andere organisatie doorspelen of organisaties naar elkaar verwijzen. Of organisaties relaties met elkaar aangaan, hangt volgens Gulati en Garguilo (1999) vervolgens af, van de posities van organisaties in het veld ('positional embeddedness'). Hebben organisaties wel of geen centrale positie? Organisaties werken volgens hen graag samen met centraal gepositioneerde organisaties, omdat deze informatie over andere organisaties hebben en zichtbaar zijn. De centraliteit van een organisatie zegt ook iets over de betrouwbaarheid van een organisatie en de mate waarin een organisatie open staat voor samenwerking. Centraliteit wordt namelijk verkregen door veel relaties aan te gaan. In het veld moet echter een zeker mate van structurele differentiatie aanwezig zijn om te kunnen beoordelen of een organisatie een centrale positie inneemt. Structurele differentiatie definiëren zij als 'an emergent systemic property that captures the extent to which actors (organizations) come to occupy an identifiable set of network positions, each of them characterized by a distinctive relational profile'. In een ongedifferentieerd veld zijn de posities van partijen gelijk en daarmee weinig informatief. In een volledig gedifferentieerd veld is iedere relatie tussen organisaties uniek en onvergelijkbaar en ook niet informatief. Posities van organisaties worden alleen duidelijk als de differentiatie tussen een zeker maximum en minimum inzet.

De structurele differentiatie in het veld is volgens Gulati en Garguilo zelf van invloed op de netwerkontwikkeling. Zij stellen dat een interorganisationeel veld in eerste instantie nauwelijks gedifferentieerd is. Slechts enkele organisaties onderhouden relaties met elkaar. Juist deze relaties maken dat in het veld verschillende posities ontstaan. Organisaties gaan van daaruit relaties ontwikkelen. Op cumulatieve wijze leiden nieuwe netwerken tot nieuwe relaties totdat het interorganisationele veld maximaal gedifferentieerd is. Interdependentie als motief om netwerken te vormen verdwijnt hiermee bij Gulati en Garguilo geheel naar de achtergrond. Organisaties beslissen volgens hen alleen in het begin op interdependentie gestoelde argumenten met wie zij relaties gaan ontwikkelen, omdat zij nog weinig informatie over elkaar hebben. Naarmate de structurele differentiatie toeneemt speelt alleen kennis een rol.

Dit betekent niet dat bij het bestuderen van de ontwikkeling van zorgketens geen rekening gehouden hoeft te worden met determinanten zoals Oliver deze benoemt. Behalve dat de theorieën die Oliver samenbrengt eigen merites hebben verworven, zijn bij het model van

Gulati en Garguilo (1999) enkele kanttekeningen te plaatsen. Een eerste heeft betrekking op de redenering dat interdependentie bij toenemende structurele differentiatie van minder belang wordt. Hite e.a. (2001) menen precies het omgekeerde. Zij stellen dat netwerkvorming juist eerst gebaseerd is op 'socially embedded ties' en daarna op berekenende strategieën om aan bronnen te komen. Organisaties gaan pas hun eigenbelangen nastreven als zij een positie in het veld hebben verworven. Gulati en Garguilo (1999) hebben daarbij geen aandacht voor de omgevingscontext. Interdependentie speelt bij hen altijd een ondergeschikte rol, ongeacht invloeden uit de omgeving. Chung e.a. (2000) bespreken echter dat organisaties alleen in een onzekere omgeving beslissen op basis van ervaringen met samenwerking met andere organisaties. In situaties van zekerheid baseren organisaties hun beslissing op bronnencomplementariteit.

Gulati en Garguilo (1999) houden daarbij geen rekening met het feit dat informatie geen één-dimensionale factor is. Zo stellen Koka & Prescott (2002) dat de informatie waarover een organisatie beschikt in hoeveelheid, verscheidenheid en rijkheid kan verschillen. Organisaties hebben daardoor tegelijkertijd verschillende posities in het netwerk. Wat voor de ene organisatie een centrale partij is, is voor een andere een perifere.

Tenslotte zijn vraagtekens te zetten bij het postulaat van Gulati en Garguilo dat perifere organisaties graag met centrale organisaties willen samenwerken, terwijl dit omgekeerd niet snel het geval zal zijn. Centrale actoren kunnen namelijk dermate in het veld overheersen dat samenwerking eerder het karakter van een overname heeft. In deze situatie willen perifere actoren juist geen relaties aangaan. Ook werken centrale actoren wel met perifere actoren samen als zij verwachten dat zij hieruit in de toekomst baat halen. Perifere actoren zijn geen passieve partijen. Zij kunnen hun positie wijzigen door radicale technische doorbraken of door vernieuwingen in het interorganisatiele veld te brengen (Ahuja, 2000). Dit maakt hen een interessante partij.

Deze kanttekeningen verhelderen dat interdependentie tussen organisaties en de informatie die organisaties over elkaar hebben in wisselwerking met elkaar de ontwikkeling van zorgketens beïnvloeden. Duidelijk wordt tevens dat organisaties een verschillende perceptie kunnen hebben van de geschiktheid van een partner. Het zal per organisatie en in de tijd verschillen wie een organisatie kiest als partner in de zorgketenontwikkeling.

3.3 Een kader voor het bestuderen van zorgketenontwikkelingen

Organisaties ontwikkelen netwerken als zij interorganisatiele relaties aangaan. Zorgketens zijn netwerken. In deze paragraaf wordt besproken wat een zorgketen daarmee voor een organisatorisch construct is en hoe netwerken en netwerkontwikkelingen bestudeerd kunnen worden. In paragraaf 3.3.1 wordt besproken dat zorgketens te duiden zijn als interorganisatiele organisaties. In de paragrafen 3.3.2 en 3.3.3 staat respectievelijk centraal hoe

interorganisatiele organisaties en netwerkontwikkelingen onderzocht kunnen worden. Met deze uiteenzetting wordt een theoretisch perspectief gegeven voor het bestuderen van de ontwikkeling van zorgketens.

3.3.1 Zorgketens als interorganisatiele organisaties

Zorgketens zijn als conglomeraten van organisaties met een gezamenlijk doel vormen van netwerken. Netwerken zijn volgens Lammers (1993:264): 'complexen van organisaties, die door onderlinge (directe of indirecte) verbintenissen – van welke aard dan ook: contacten, personele unies, wederzijdse bekendheid – met elkaar verbonden zijn'. Het doelrealiserend oogmerk van zorgketens is bijvoorbeeld terug te vinden in de definitie van van Gils, die netwerken definieert als: 'een cluster van interdependente organisaties, die op enigerlei wijze zich gebundeld hebben om als collectief een bepaald doel te bereiken'. En ook Können (1984:133) richt zich op het doelbereikende karakter in zijn definitie van een netwerk als 'een configuratie van handelingsbevoegde organisaties, die door één of meer regelingen verbonden zijn waarmee getracht wordt als collectiviteit een bepaald doel te bereiken'.

Zorgketens zijn echter specifieke vormen van netwerken. In zorgketens zijn organisaties niet 'op enigerlei wijze' of door 'verbindingen van welke aard dan ook', maar met fusies aan elkaar verbonden. Zorgketens zijn daarbij netwerken met structuren, culturen, sociale relaties en belangen die anders zijn dan die van de organisaties die de zorgketen vormen. Naar Lammers (1993) en Warren e.a. (1973) zijn organisatorische constructen zoals een zorgketen, dan ook geen gewone netwerken, maar (in de terminologie van Lammers) vormen van interorganisatiele organisaties. Lammers (1993:264) bespreekt dat netwerken naar mate van interdependentie en organiseergraad te onderscheiden zijn in interorganisatiele netwerken, interorganisatiele verbanden en interorganisatiele organisaties. Interorganisatiele organisaties zijn volgens hem, als totaal van alle interorganisatiele netwerken en verbanden, netwerken met een hoge bindingsintensiteit en een eigen interne structuur. Ook Warren e.a. (1973) stellen dat interorganisatiele organisaties (door hen 'interorganizational field' genoemd) als aggregaat van interacterende organisaties goed onderscheiden moeten worden van een 'specific interactional framework', waarbinnen organisaties episodes van interactie kennen. Interorganisatiele organisaties bestaan weliswaar uit de interacterende organisaties, maar als netwerkvorm hebben zij geheel andere eigenschappen. Of in hun woorden: 'the interorganizational field concerns the properties of an aggregate of interacting organizations as distinguished from the properties of the individual organizations themselves'. Interorganisatiele organisaties worden door sommige theoretici zelfs als een eindstadium gezien in de ontwikkeling van netwerken. Netwerken van organisaties kunnen zich langs een lijn van toenemende binding en organiseergraad ontwikkelen, waardoor het initiële netwerk uiteindelijk eigenschappen gaat vertonen van organisaties (zie Können, 1984; Warren, 1967). Zorgketens zijn als interorganisatiele organisaties het

resultaat van deze netwerkvorming. Als vormen van sterk geformaliseerde en georganiseerde netwerken zijn zorgketens nauwelijks meer te onderscheiden van een gewone organisatie.

3.3.2 Het analyseren van interorganisatiele organisaties

Organisaties ontwikkelen dus zorgketens met eigen eigenschappen langs een lijn van toenemende binding en organiseergraad. Hoe kunnen deze eigenschappen en ontwikkelijn bestudeerd worden? Marrett (1971) en Van de Ven e.a. (1974) geven hier deels antwoord op. Beide hebben zich over de vraag gebogen hoe netwerken geanalyseerd kunnen worden. Hun werk is heden ten dage nog steeds waardevol, ook al is het lang geleden verschenen. Geen auteur heeft deze vraag sinds die tijd zo systematisch bestudeerd en beantwoord. Van de Ven e.a. (1974) bespreken daarbij expliciet hoe interorganisatiele organisaties, door hen interorganisatiele collectiviteiten genoemd, bestudeerd kunnen worden.

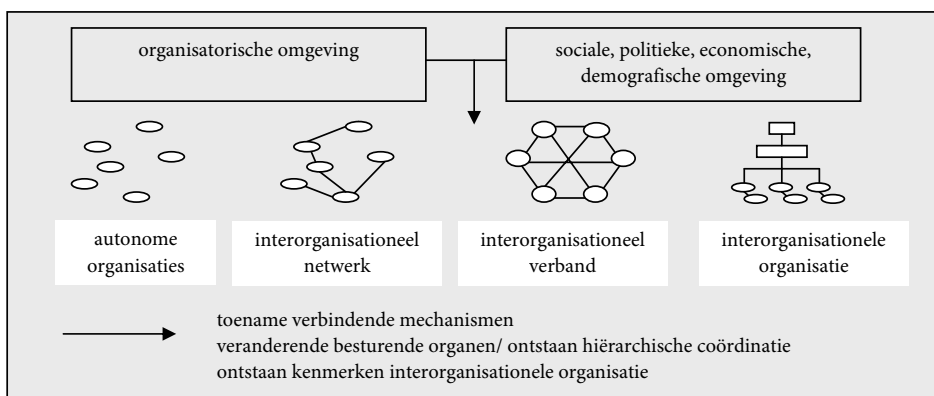
Van de Ven e.a. (1974) bespreken dat interorganisatiele collectiviteiten uit drie niveaus bestaan met ieder eigen functies. Het eerste niveau wordt gevormd door de individuele organisaties. Op dit niveau staat het bereiken van de doelen van het netwerk centraal. Het tweede niveau bestaat uit de verbindingen tussen de organisaties. De functie van het tweede niveau is het integreren van de organisaties op het eerste niveau. Het derde niveau bestaat uit een besturend orgaan dat het doel, domein en beleid van de collectiviteit beheert. De leden van het orgaan geven sturing aan alle partijen in de collectiviteit. Ook zorgen zij voor de externe legitimering van de collectiviteit.

Met deze ontleding stellen Van de Ven e.a. (1974) dat onderzoek naar interorganisatiele collectiviteiten kan plaatsvinden vanuit een perspectief op de organisaties in de collectiviteit, de verbindingen tussen de organisaties en de relatie met de omgeving. Ook Marrett komt tot deze analyse-eenheden, ook al richt zij haar bespreking op alle vormen van netwerken. Het bestuderen van de eigenschappen van organisaties ('intraorganizational properties') verheldert volgens Marrett (1971) welke kenmerken van organisaties maken dat organisaties relaties met elkaar aangaan. Het is nodig om het bestaan van interorganisatiele organisaties te begrijpen (Van de Ven e.a., 1974). Een focus op de eigenschappen van organisaties maakt het voorts mogelijk om organisaties met elkaar te vergelijken ('comparative organizational approach'). Bij interorganisatiele collectiviteiten gaat het volgens Van de Ven e.a. (1974) vooral om het vergelijken van de input, output en activiteiten van organisaties. Hoe deze met elkaar in verband worden gebracht is vervolgens aandachtspunt van onderzoek op het tweede niveau ('relational approach'). Onderzoek richt zich op de kenmerken van de onderlinge betrekkingen. Marrett (1971) richt zich vooral op een analyse van de wijze waarop interactie en ruil vorm krijgen. Van de Ven e.a. (1974) stellen dat op dit niveau aandacht moet worden besteed aan de coördinatiemechanismen tussen organisaties.

In deze benaderingen van interorganisationale organisaties staan de kenmerken centraal van de door Evan (1966, 1976) genoemde ‘focale organisatie’ en de verbindingen, verschillen en overeenkomsten tussen de ‘members-of-an-organisation-set’. Netwerken kunnen volgens Marret en Van de Ven ook bestudeerd worden vanuit een perspectief op de relatie met de omgeving. Zij conceptualiseren deze relatie verschillend. Van de Ven e.a. benaderen de omgeving als belemmerend fenomeen, terwijl Marrett aangeeft dat de omgeving netwerkontwikkelingen ook kan bevorderen. Marrett bespreekt dat de omgeving invloed heeft op alle niveaus van het netwerk. Van de Ven e.a. bezien die invloed alleen in relatie tot de individuele organisaties en het besturend orgaan. Tenslotte maakt Marrett een onderscheid in de invloed van organisaties in de omgeving op netwerken (‘formal contextual approach’) en de invloed van de politieke, economische en demografische omgeving (‘non-organizational contextual approach’).

3.3.3 Het bestuderen van netwerkontwikkelingen

Marrett (1971) en Van de Ven (1974) bezien netwerkkenmerken echter slechts als statische eigenschappen. Zij belichten niet hoe kenmerken veranderen en wat de ontwikkelingsgang in een netwerk is. Wanneer de inzichten van deze auteurs in een ontwikkelperspectief worden geplaatst kan alleen gesteld worden dat zorgketenontwikkelingen verlopen op een continuüm van ongebonden organisaties tot interorganisationale organisaties. Op dit continuüm neemt de organiseergraad toe. Er ontstaan nieuwe organiseerkenmerken, verbindingsmechanismen tussen organisaties en vormen van hiërarchische coördinatie (zie figuur 3.1). Marrett en Van de Ven kijken ook alleen naar de structuurkenmerken van netwerken. Actoren hebben echter een belangrijke rol bij het ontwikkelen van zorgketens. In deze paragraaf wordt besproken hoe zorgketenontwikkelingen vanuit beide perspectieven bestudeerd kunnen worden. In paragraaf 3.3.3.1 wordt belicht hoe structuren en de rol van actoren in samenhang bestudeerd kunnen worden. In paragraaf 3.3.3.2 wordt besproken dat zorgketenontwikkelingen vanuit een perspectief op structuren en actoren als institutionaliseringsprocessen te bestuderen zijn.



Figuur 3.1. Systeemelementen bij netwerkontwikkelingen

3.3.3.1 De systeem- en actorbenadering en een dialectische relatie

Netwerkontwikkelingen kunnen volgens Godfroij (1981:105) met een actor- en systeembenadering bestudeerd worden. Bij een systeembenadering worden netwerken als een 'realiteit sui generis' beschouwd, ofwel als een op zichzelf staand verschijnsel. De aandacht gaat uit naar de netwerkstructuur. Deze wordt als een geïntegreerde en gecoördineerde totaliteit benaderd. De netwerkanalyse richt zich op de wijze waarop in het netwerk tot integratie en coördinatie wordt gekomen. Netwerken worden in termen van aspecten en eigenschappen beschreven. Op basis van operationalisaties en correlaties worden de relaties tussen deze aspecten en eigenschappen achterhaald. Een netwerk krijgt vanuit deze benadering een door Snel (1986) genoemde 'systeem-rationaliteit', die zich als objectieve werkelijkheid aan actoren oplegt. Het netwerk bepaalt hoe actoren handelen.

Bij de actorbenadering ligt de focus op het handelen van actoren in het netwerk. Netwerken zijn in deze benadering geen objectieve constructies, waaraan actoren onderworpen zijn, maar producten van het handelen van actoren. Niet de structuur van het netwerk, maar het handelen van actoren en de rationaliteit van die actoren bij dat handelen staan centraal. Relaties worden in termen van interactieprocessen tussen doelhebbende actoren belicht. Het accent ligt op de eigenbelangen van actoren, hun afhankelijkheidsrelaties en de strategieën van actoren om belangen te bevredigen.

De actorbenadering past in een sociaal-constructivistische wetenschapstraditie. De systeembenadering past daarentegen bij een positivistische structureel-functionalistische traditie. Beide tradities zijn volgens sommige theoretici onverenigbaar. De ontwikkeling van zorgketens zou daarom niet vanuit een perspectief op actoren en structuren onderzocht kunnen worden. Anderen hebben daarentegen getracht de controversen te overbruggen. Zo beoogt Giddens (1979:47) met zijn 'theory of structuration' een brug te slaan tussen beide tradities. Giddens (1979, 1984, 1993) gaat uit van de gedachte dat structuur en actie van actoren geen onafhankelijke, maar dialectisch verbonden entiteiten zijn. Structuur en actie veronderstellen en bepalen elkaar, volgens Giddens (1979:53). Het handelen van actoren impliceert de aanwezigheid van structuur en in structuur wordt een handelende actor verondersteld. Het herformuleren van hetgeen als structuur en als systeem moet worden gezien en het bezien van ontwikkelingen als structurering vormen de basis van zijn theorie. Structuur, stelt Giddens (1979:66; 1984:25), is niet een in tijd en plaats aanwezig object, maar 'recursively organized sets of rules and resources, or sets of transformation relations, organized as properties of social systems'. Structuren bestaan dus alleen wanneer mensen structuur gebruiken om te handelen en als door het handelen structuren ge(re)produceerd worden. Verandering treedt op, omdat in het handelen verschillende structuren tegen elkaar worden uitgespeeld. In het handelen interacteren dus structuren. Naast structuren onderscheidt Giddens systemen. Systemen zijn geen structuren, maar systemen bestaan uit structuren. De structurele eigenschappen van systemen kunnen wel in tijd en ruimte gezien worden (Giddens, 1979:66). Structurering is tenslotte: 'conditions governing continuity or

transformation of structures, and therefore the reproduction of systems' (Giddens, 1979:66; 1984:25). Een sociaal systeem kan volgens Giddens (1979:66) bestudeerd worden door te bekijken hoe het systeem door het gebruik van structuren wordt ge(re)produceerd.

Anderen dan Giddens hebben eveneens aangetoond dat structuur en actie met elkaar verbonden zijn. Zij menen echter niet dat structuur en actie elkaar veronderstellen en los van tijd kunnen worden gezien. Dit zou betekenen dat structuur en actie aan elkaar gelijkgesteld worden. Structuur en actie kunnen volgens deze theoretici wel los van elkaar en tijd worden gezien, omdat ze elkaar in tijd en ruimte als te onderscheiden analytische componenten beïnvloeden. De relatie tussen beide is niet zozeer dat ze elkaar veronderstellen, maar dat ze elkaar bepalen en beperken (Archer, 1995; Mouzelis, 1995). Ook Zeitz (1980) komt tot deze conclusie in zijn studie naar de ontwikkeling van interorganisationale relaties. De gedachte dat structuur en actie elkaar bepalen en beperken noemt hij de 'dialectical thought'. Het specifieke aan het dialectische denken is, volgens Zeitz (1980) dat niet gezocht wordt naar een eenzijdige oorzaak en gevolg relatie tussen structuur en actie, maar naar een continue wisselwerking in de relatie. Deze wisselwerking behelst volgens Zeitz dat door het handelen van actoren structuren ontstaan, maar dat actoren bij hun handelen begrensd worden door die structuren.

3.3.3.2 Netwerkontwikkelingen als institutionaliseringsprocessen

Vanuit deze dialectische dynamiek is te verklaren hoe ontwikkelingen verlopen. Omdat door het handelen van actoren structuren ontstaan, veranderen structuren in de tijd. Omdat structuren het handelen beïnvloeden, verandert het handelen van actoren in de tijd. Omdat bij iedere structuurverandering het handelen verandert en omdat iedere verandering in het handelen consequenties heeft voor de structuren, veranderen actie en structuur continu (Zijderveld 1974:187/188). De processen waarbij uit het handelen structuren ontstaan en uit structuren actiepatronen worden institutionaliseringsprocessen genoemd.

Godfroij (1981) beziet netwerkontwikkelingen als een institutionaliseringsproces. Hij baseert zich hierbij op Zijderveld (1974), die institutionalisering definieert als: 'het fundamenteel-anthropologische proces, waarin individuele menselijke handelingen worden geobjectiveerd tot vaste, min of meer normatieve handelingspatronen (gewoonten, mores, instituten), die als collectieve vormen onafhankelijk van handelende individuen kunnen blijven voortbestaan en als zodanig de individuele mens enerzijds dwingen om bepaalde handelingen op bepaalde wijzen te verrichten (bepaalde sociale rollen te spelen), hem anderzijds echter voor zijn handelen onmisbare sociale stabiliteit en zekerheid (integratie) verschaffen' (1974:29/30). Actoren, zo stelt Godfroij, handelen binnen een bestaand netwerk en zij worden daardoor beperkt in hun handelen. Het streven naar doelbereiking en de daarmee gepaard gaande strategische interacties leiden juist tot de constructie van nieuwe netwerken. Volgens Godfroij is door deze dialectiek een combinatie van actor- en systeem-benaderingen nodig om de ontwikkeling van netwerken te kunnen begrijpen. Van Dijck (in Silverman, 1974) voegt daaraan toe dat op momenten in een ontwikkelproces stadia van

institutionalisering aangetroffen kunnen worden. Organisatieverschijnselen kenmerken zich op deze momenten door een zekere structuur en bepaalde doelen en handelingspatronen. Het vergelijken van deze stadia geeft inzicht in het zich voltrekkende institutionaliseringsproces. 'De systeemanalytische doorsneden (zijn) dan stadia van een sociaal ontwikkelingsproces geworden', volgens van Dijk (ibid.:XII). Het begrijpen van het gehele sociale ontwikkelingsproces vereist weliswaar een actorbenadering, 'Immers (...) de sociale werkelijkheid (wordt) door medespelers gecreëerd, veranderd en getransformeerd en aan deze acties liggen strategieën en motieven ten grondslag' (ibid.:XIII). Het bekijken van de institutionalisering op een bepaald moment behoeft echter een systeemtheoretische benadering.

Het onderzoeken van de ontwikkeling van zorgketens vanuit een perspectief op actoren en structuren is dus mogelijk wanneer het zorgketenontwikkelingsproces gedefinieerd wordt als een institutionaliseringsproces. Zorgketens zijn te benaderen als het resultaat van het handelen van actoren en als het construct dat het handelen van actoren beïnvloedt. Met een actorbenadering kan de rol van actoren bij de ontwikkeling worden blootgelegd. Het handelen van actoren moet daarbij altijd gezien worden in het licht van de beïnvloedende werking van structuren. Met een systeembenadering zijn de structurelementen van zorgketens en de veranderingen in structuren en handelingspatronen te belichten.

In de volgende paragrafen worden inzichten besproken over de wijze waarop actoren handelen, structuren veranderen en institutionaliseringsprocessen zich voltrekken om deze dynamiek te kunnen bestuderen. In paragraaf 3.4 worden daartoe inzichten uit de institutionele theorie besproken. De daaropvolgende paragrafen bespreken inzichten uit de interorganisatiele theorie.

3.4 Zorgketenontwikkelingen naar institutionele theorieën

Institutionele theoretici bespreken dat organisatieontwikkelingen gepaard gaan met institutionaliseringsprocessen. Zij bezien deze processen in lijn met de definitie van Zijderveld als processen waarbij uit het handelen van actoren een nieuwe collectieve orde ontstaat, die actoren beïnvloedt in hun handelen. Institutionele theoretici geven met hun definiëringen van institutionalisering waardevolle aanvullingen, omdat zij expliciteren waar deze collectieve orde uit bestaat en hoe actoren op basis hiervan structuren ontwikkelen. Als gedachte staat centraal dat organiseringspraktijken veranderen doordat actoren zich aanpassen aan de heersende instituties en instituties veranderen (Scott, 1987, 1994; Selznick, 1957:12).

In deze paragraaf staat deze dynamiek centraal. In paragraaf 3.4.1 wordt besproken wat instituties zijn. In paragraaf 3.4.2 wordt besproken hoe institutionaliseringsprocessen zich voltrekken. In paragraaf 3.4.3 wordt tenslotte verder verkend hoe actoren handelen met het oog op de heersende instituties.

3.4.1 Instituties: een veelzijdig begrip

Het verklaren van de wijze waarop het ontwikkelen van zorgketens verloopt door het aanhangen en veranderen van instituties, roept de vraag op wat instituties zijn. Institutionele theorie is echter geen eenduidige stroming (Scott, 1987). Theoretici geven verschillende betekenissen aan het begrip ‘institutie’. Scott (1995:33) heeft een ‘omnibus definition’ geformuleerd om het begrip te verduidelijken. Instituties worden gedefinieerd als bestaand uit regulatieve, normatieve en cognitieve elementen (ibid.:33-40). Regulatieve elementen zijn regels, wetten en sanctionerende systemen. Zij geven aan wat mag en niet mag en wat beloond en gestraft moet worden. Normen, waarden en rollen vormen de kern van de normatieve elementen. Waarden representeren wat wenselijk wordt geacht, terwijl normen specificeren hoe iets gedaan moet worden. Rollen zijn normen en waarden van een specifieke groep actoren. Cognitieve elementen zijn tenslotte geïnternaliseerde symbolische beelden van de wereld. Het zijn de ideeën, betekenissen en interpretaties, die actoren aan dingen geven en over de wereld hebben. Deze bepalen de sociale identiteit van personen en groepen, ofwel wie we zijn en hetgeen in ons doen en laten voor onszelf zin geeft.

Instituties zijn volgens Scott (1995:52-54) te vinden in structuren, routines en culturen (zie tabel 3.2). Instituties bepalen hoe structuren eruit zien, wat de cultuur is en hoe actoren handelen. Ten aanzien van de structuren zijn instituties meer specifiek terug te vinden in de wijze waarop gestructureerd wordt. Routines belichamen de instituties in de vorm van gewoon geworden en routinematig gedrag. Culturen dragen de heersende betekenissen, normen, waarden en regels. Scott (1995:144/145) acht het zeer goed mogelijk dat structuren, culturen en routines zowel regulatieve, normatieve als cognitieve elementen in zich bergen. Het handelen van actoren kan bijvoorbeeld gestuurd worden door regels, normen en beelden.

	inhoud	werking	instituties in organisaties
regulatief	regels, wetten, sanctionerende systemen	aangeven wat wel en niet mag, stellen van regels, belonen en straffen	governancesystemen, functies, controlesystemen, machtsystemen, protocollen, standaarden en procedures
normatief	sociale opvattingen, waarden en normen	aangeven wat gewenst, wenselijk en juist is	rollen, posities, bevoegdheden, autoriteitsystemen, doelen, afdelingen, benaderingswijzen, richtlijnen, strategieën
cognitief	symbolische beelden, ideeën, interpretaties	aangeven wie we zijn, wat zin heeft, wat de conventionele manier van doen is	identiteit groep/ organisatie, rollen, categorieën medewerkers, handelwijze, status, taal, symbolen, gewoonte, betekenisgeving

Tabel 3.2. Typen instituties en relatie met organisaties

Scott maakt hiermee een sterk onderscheid tussen instituties en tastbare systemen, zoals structuren, culturen en routines. Instituties worden door sommigen echter gelijkgesteld aan tastbare systemen als instituties in hoge mate in deze systemen geïnstitutionaliseerd zijn. Volgens Wicks (2001) verwijzen instituties bijvoorbeeld naar tastbare zaken als regulatieve structuren, naar actoren zoals overheidsinstanties, professies en belangengroepen en naar ontastbare meningen, zoals de publieke opinie. Zucker (1987) spreekt van de omgeving en organisaties als instituties, omdat institutionele elementen hierin zijn ingebed. Door deze inbedding belichamen organisaties en omgeving dermate de heersende instituties dat ze eraan gelijk gesteld worden. Selznick's (1957:16-22; 1992:232-238) analytische onderscheid tussen organisatie en institutie is eveneens op deze belichaming gestoeld. Een organisatie als organisatie verwijst bij hem naar een technisch rationeel ontworpen instrument om taken uit te voeren, terwijl de organisatie als institutie het product van interactie en aanpassing en een verzamelplaats van groepsidealisme is. Organisaties raken 'infused with value' en zij worden instituties die de aspiraties van de maatschappij symboliseren. Naast een formele structuur kenmerken instituties zich, volgens Selznick, door een sterke cultuur. Ook anderen stellen dat culturen instituties zijn. Niet instituties, maar culturen bepalen structuurvormen en de wijze van handelen. Wells (2001) stelt bijvoorbeeld: 'culturele regels vormen organisaties door te bepalen welke type structuren en acties legitiem zijn binnen een bepaalde context en daarom het waard zijn om ondersteund te worden'. Tolbert en Zucker (in Wells: 2001) menen dat de stadia van institutionalisering worden bemiddeld door cultuur en dat culturele verschillen de oorzaak zijn van verschillen in organisatievormen. Meyer en Rowan (1977) stellen eveneens dat culturele regels aan de basis liggen van de constructie van organisaties. Deze auteurs zijn echter allen nieuw institutionalisten. Zij verwijzen naar de cognitieve systemen waaruit instituties bestaan als zij over cultuur spreken. Cultuur omvat volgens Scott naast cognitieve ook normatieve en regulatieve systemen. Zijn conceptie van cultuur is niet zozeer strijdig, maar breder.

Theoretici bespreken, ongeacht de definitie van instituties, dat institutionalisering een proces is waarbij actoren zich aanpassen aan nieuwe instituties en instituties veranderen en accepteren. De structuren, het handelen en de culturen in organisaties veranderen, omdat actoren de nieuwe instituties in hun organisaties borgen. Hoe verlopen deze processen van verandering, acceptatie, aanpassing en borging?

3.4.2 Typen institutionaliseringsprocessen

In institutionele theorieën wordt de wijze waarop institutionaliseringsprocessen zich voltrekken verschillend geconceptualiseerd. Gemeend wordt dat deze conceptualisering en ontleden zijn in drie typen processen: processen van abstractie, in de zin van ergens van abstraheren, processen van inventie, in de zin van vernieuwende uitvinding en processen van diffusie en behoud, in de zin van borging en verspreiding. In deze paragraaf staat centraal hoe deze processen verlopen.

3.4.2.1 Institutionalisering als een proces van abstractie

Institutionalisering als proces van abstractie verloopt via het overnemen van instituties uit de omgeving. De omgeving moet hierbij breed worden opgevat als de gehele sociale en culturele macro-omgeving met diens staat, maatschappelijke organisaties en culturele- en kennissystemen (Scott & Meyer, 1991). Het overnemen behelst dat organisaties de instituties uit de omgeving naar hun organisaties kopiëren en reproduceren (Aldrich, 1992; Zucker, 1977). Volgens Zucker (1987) veronderstellen deze processen het bestaan van een gerationaliseerde normatieve collectieve orde buiten organisaties, waaruit organisaties de instituties halen: 'institutional processes stem from overarching rationalization, a zeitgeist-like world-wide phenomenon'. Volgens Meyer & Rowan (1977) functioneren de rationalisering als machtige mythen. Organisaties nemen deze over om legitimiteit te verkrijgen en daarmee geaccepteerd en ondersteund te worden door andere partijen in de omgeving. Het verkrijgen van legitimiteit staat in deze visie op institutionaliseringsprocessen dan ook sterk centraal. Gesteld wordt dat organiseervormen niet alleen bepaald worden door efficiëntie- en effectiviteitscriteria, maar ook door hetgeen in de omgeving als legitiem wordt geacht. Instituties belichamen wat legitiem is (Meyer en Rowan, 1977). Het overnemen van instituties leidt tot legitimiteit en daarmee tot de bronnen die een organisatie nodig heeft om te overleven. Paradoxaal is volgens Meyer en Rowan (1977) dat het conformeren aan de legitimerende instituties ten koste kan gaan van efficiëntie en effectiviteit. Veranderingen in structuren vinden plaats omdat het hoort en niet omdat de nieuwe structuren de beste voorwaarden bieden om efficiënt en effectief te werken. Om legitiem te worden geacht en tegelijkertijd efficiënt en effectief te kunnen opereren, ontkoppelen organisaties hun formele structuren en werkactiviteiten (Meyer & Rowan, 1977). Dit houdt in dat structuurschetsen, beleidsplannen, missieomschrijvingen en andere extern waarneembare elementen doordrongen zijn van de legitimerende vereisten, terwijl technische efficiëntievereisten de basis vormen voor het structureren van het dagelijkse werk. Naar buiten toe lijkt het alsof organisaties doen wat gewenst is, terwijl de dagelijkse activiteiten intern anders vormgegeven zijn. Wicks (2001) laat in zijn studie over een mijnramp zien dat deze ontkoppelingsprocessen zich voordoen. De Westray mijn voldeed niet aan de veiligheidseisen, omdat dit tijd en geld kostte. Aan de eisen werd alleen voldaan als de inspectie op bezoek kwam. Eenieder keerde terug naar de onveilige manier van werken als de legitimerende stempel 'veilig' verkregen was. De eisen waren volgens Wicks institutionele mythen, die het management ceremonieel aannam. Door het ontkoppelen van de formele structuur met de dagelijkse activiteiten creëerde het management de illusie dat men zich eraan hield. Men creëerde een door Wicks genoemde 'veneer of legitimacy'.

Institutionalisering wordt in deze visie gezien als een bewust strategisch handelingsproces. Organisaties transformeren doelbewust hun structuren om te passen bij hetgeen extern gewenst wordt. Volgens DiMaggio en Powell (1983) is deze vorm van aanpassing de reden voor het bestaan van homogene organisatievormen. Zij spreken over zich voltrekkende isomorfische processen als organisaties in toenemende mate dezelfde vorm aannemen. Ook

constateren zij dat isomorphisme zich binnen een 'organisational field' centreert, ofwel binnen die organisaties, die samen een herkenbaar gebied van institutioneel leven vormen. DiMaggio en Powell (1983) onderscheiden drie typen isomorphisme: 'coercive, mimetic en normative'. Coercive isomorphisme vindt plaats wanneer een structuurverandering wordt afgedwongen. Structuren kunnen volgens Scott (1987) op basis van macht ('imposition by power') of door een autoriteit ('imposition by authority') worden afgedwongen. Mimetic isomorphisme komt voor wanneer organisaties de structuren van legitieme of succesvol geachte organisaties overnemen. Wat anderen doen wordt nagedaan omdat bekend is dat dit goed is en niet bekritiseerd wordt. Normatieve isomorphisme komt tenslotte uit professionalisering voort. De benaderingswijzen, normen en waarden die een professie kenmerken, krijgen bij toenemende professionalisering steeds meer een plek in een toenemend aantal organisaties. Frequent contact tussen professionals bevordert het homogeniseren van handelwijzen.

3.4.2.2 Institutionalisering als een proces van inventie

Bij abstractieprocessen dringen instituties van buitenaf de organisatie binnen. Bij processen van inventie creëren organisatieleden zelf instituties. Institutionalisering vindt plaats, omdat instituties na verloop van tijd dermate ingeburgerd raken dat ze als vanzelfsprekend worden beschouwd. Op deze leest geschroeiende institutionalisten ontleen hun conceptie van institutionalisering aan Berger en Luckmann (1971). Deze stellen dat sociale orde gebaseerd is op een gedeelde sociale werkelijkheid, die in interactie ontstaat. Actoren ontwikkelen een gemeenschappelijke gedachte over hoe gehandeld moet worden door met elkaar te interacteren. Institutionalisering definiëren zij daarom als: 'The process by which actions become repeated over time and are assigned similar meanings by self and others. Institutionalization occurs whenever there is a reciprocal typification of habitualized actions by types of actors' (Berger and Luckmann, 1971:70-72). Zucker (1977) en Meyer en Rowan (1977) hanteren eveneens deze conceptie van institutionaliseringsprocessen. Zo definieert Zucker (1977:728) institutionalisering als 'the process by which individual actors transmit what is socially defined as real and, at the same time, at any point in the process the meaning of an act can be defined as more or less a taken-for-granted part of this social reality' en Meyer en Rowan (1977): 'institutionalization involves the processes by which social processes, obligations, or actualities come to take on a rule like status in social thought and action'.

Deze vorm van institutionalisering voltrekt zich volgens Burger en Luckman (1971:78/79) in drie fasen. In een 'externalisatiefase' ondernemen actoren actie. In een daarop volgende 'objectiveringsfase' worden de acties geïnterpreteerd. De objectiviteit houdt in dat aan de acties een extern van de actoren gelegen werkelijkheid ligt. Deze geobjectiverde werkelijkheid wordt door actoren vervolgens geïnternaliseerd in een 'internaliseringsfase'. Ook Barley (1986) en Barley en Tolbert (1997) bespreken in hun 'sequential model of instutionalization' hoe deze processen zich voltrekken. In hun model plaatsen zij naar Giddens zogenoemde scripts tussen actie en structuur. Dit zijn 'waarneembare, herhaalde activiteiten en patronen van interactie, karakteristiek voor een specifieke setting'. In hun opvatting dat instituties zich in deze scripts zullen manifesteren is de

gedachte van Scott te herkennen dat routines dragers van instituties zijn. Hun model is als volgt te beschrijven: Institutionele principes raken in perioden van ‘socialisatie’ in scripts gecodeerd en deze tot ‘wetten’ verheven regels voor geschikt gedrag bepalen hoe organisatieleden zich moeten gedragen. In interactie worden instituties veranderd en behouden. In een fase van ‘replication of revision’, wijzigen actoren bewust of onbewust gedragspatronen. Naarmate nieuwe patronen gemeengoed worden en nauwelijks meer afleidbaar zijn van individuele belangen van actoren raken ze in fasen van ‘externalisering’ en ‘objectivering’ geïnstitutionaliseerd. Door op verschillende momenten in de tijd de scripts te onderzoeken en door het vergelijken van deze scripts kunnen volgens Barley en Tolbert (1997) institutionaliseringsprocessen inzichtelijk worden gemaakt. Een gedachte die vele overeenkomsten vertoont met die van Van Dijk (in Silverman, 1974). Maar ook Zucker bespreekt expliciet dat institutionalisering zowel een proces als een eigenschap is. Als proces dragen actoren opvattingen over. Naarmate deze vaker overdragen worden en meer als ‘normaal’ worden beschouwd worden de opvattingen instituties, die als vanzelfsprekende regels worden ervaren en als eigenschap bestudeerd kunnen worden.

Bij processen van abstractie was het verkrijgen van legitimiteit om te overleven een belangrijk doel. Zucker (1987) bespreekt dat ‘het leveren van stabiliteit’ om goed te kunnen presteren bij processen van inventie centraal staat (Zucker, 1987). Institutionalisering leidt tot stabiliteit, omdat instituties het gedrag van actoren sturen. Er ontstaan routines, gedragspatronen en rolverhoudingen waar men zich aan houdt. Stabiliteit wordt ook verkregen omdat aan structuren en processen een bepaalde waarde wordt toegekend, waardoor men ze als onmisbaar gaat beschouwen (Selznick, 1957:21/22). Valkuil bij deze processen is niet dat legitimiteit, efficiëntie en effectiviteit elkaar kunnen doorkruisen, maar dat instituties dermate ‘taken-for-granted’ raken, dat efficiëntere alternatieven over het hoofd worden gezien (Zucker, 1987).

3.4.2.3 Processen van diffusie en behoud

Het van buitenaf overnemen en van binnenuit genereren van instituties zijn geen strijdige en altijd onafhankelijk van elkaar verlopende processen. In structuren, culturen en actiepatronen zijn zowel instituties te vinden die actoren gecreëerd hebben als instituties die uit de omgeving zijn overgenomen (Selznick, 1957:16). Organisatieleden kunnen daarnaast via mimetic processen de instituties overnemen die organisatieleden in andere organisaties hebben gegenereerd (Zucker, 1987). Scott (1995:142) beziet beide processen ook als elkaar continu opvolgend en doorkruisend. In zijn procesmodel van ‘institutional creation and diffusion’ brengt hij deze modelmatig bijeen. Scott onderscheidt in zijn model vier niveaus van institutioneel leven: de maatschappij, het institutionele veld, de organisatie en de actoren. Top-down bepalen de instituties uit de maatschappij de vorm van institutionele velden. Organisaties vormen zich naar deze heersende instituties in het institutionele veld en actoren passen daarop eveneens hun handelen aan. Instituties in de maatschappij hebben door processen van socialisatie, vorming van identiteit en sancties echter ook een directe invloed op actoren. Bottom-up veranderen

actoren daarentegen instituties. Deze worden in onderhandeling met de heersende instituties overgenomen door organisaties, institutionele velden en de maatschappij. Het proces is dialectisch, omdat instituties top-down determineren wat legitiem is, maar bottom-up door actoren veranderd worden.

De dynamiek van beide processen kenmerkt zich voorts door een gelijklopend onderliggend proces van diffusie en behoud, zonder welke geen sprake is van institutionalisering. Instituties bestaan slechts bij gratie van afdoende draagvlak en verduurzaming. Legitimiteit en stabiliteit worden niet verkregen wanneer slechts enkele organisaties of personen een bepaald regulatief, normatief of cognitief systeem aanhangen of wanneer deze systemen van zeer tijdelijke aard zijn. Er moet sprake zijn van een toenemende gedeeldheid en acceptatie. Barley en Tolbert (1997) stellen hierover dat instituties *gedeelde* regels, normen, waarden en opvattingen zijn en dat de mate waarin sprake is van institutionalisering afhangt van hoe lang, hoe breed en hoe diep organisatieleden de instituties accepteren. Berger en Luckmann (1971:96) hebben eenzelfde redenering: 'the scope of institutionalization depends on the generality of the relevance structures. If many or most relevance structures in a society are generally shared, the scope of institutionalization will be wide'. En ook Scott (1995) stelt dat institutionalisering gepaard gaat met een toenemende acceptatie en gelijkheid van bepaalde organiseervormen. Indicatoren voor deze structurering zijn volgens Scott (1995:106): 'the extent of agreement on the institutional logics guiding activities within the field, increased isomorphism of structural forms within population in the field, increased structural equivalence of organisational sets within the field'. De isomorphische processen van DiMaggio en Powell (1983) benadrukken dat deze processen van diffusie en behoud zich voltrekken. Volgens Scott (1995:45) is de prevalentie van organiseervormen dan ook een indicator voor institutionalisering. Het geeft uiting aan het aantal organisaties en individuen dat gelijkelijk een bepaalde vorm of praktijk aanhoudt. Volgens Selznick (1957:18) is de mate van weerstand voor verandering of het gevoel van verlies wanneer structuren en praktijken worden gewijzigd tenslotte een belangrijke test voor de institutionaliseringsgraad. Van institutionalisering is sprake als instituties zodanig zijn ingebed dat een gevoel van onmisbaarheid is ontstaan.

3.4.3 Macht, belangen en bronnen van actoren

Actoren nemen niet zonder redenen instituties over en zij creëren niet motiefloos nieuwe. Institutionalisering wordt zoals gesteld gestuurd door behoeftes aan legitimiteit en stabiliteit, maar beide worden nagestreefd om aan bronnen en macht te komen en de eigenbelangen te behartigen. Of actoren instituties zullen aanhangen of veranderen hangt ook af van de consequenties hiervan voor hun macht, bronnen en belangen. Hoe actoren op basis hiervan handelen, hangt af van het soort institutie.

Het handelen van actoren is vooral gebaseerd op het vermijden van sancties en het verkrijgen van beloning als de instituties vooral regulatieve systemen bevatten. Actoren verbinden zich alleen aan de heersende instituties en zij veranderen alleen instituties als hun eigenbelangen daarmee gediend zijn en hun macht en middelen niet benadeeld worden. Achter hun gedrag zit een zogenoemde 'logic of instrumentality' (Scott, 1995:35-37). Het gedrag van actoren volgt een 'logic of appropriateness' als de instituties uit normatieve elementen bestaan. Actoren verkrijgen bronnen door zich aan te sluiten bij hetgeen wenselijk wordt geacht (Scott, 1995:37-40). Als cognitieve elementen centraal staan dan volgt het gedrag van actoren een 'logic of orthodoxy'. Actoren verzekeren zich van bronnen en macht door zich te houden aan de conventionele manier van doen. Zij stellen hiermee hun groepslidmaatschap veilig (Scott, 1995:40-45; Wicks, 2001). Volgens Randson e.a. (1980) bepalen de actoren, die de meeste bronnen en macht hebben wat de juiste of conventionele manier van doen is. Zij dicteren de door hen zogenoemde betekenisdomeinen ('provinces of meaning'). Randson e.a. (1980) stellen dat actoren deze betekenisdomeinen zullen herscheppen en accepteren als zij daarmee hun bronnen en macht behouden. Actoren die binnen de bestaande betekenisdomeinen niet hun eigenbelangen kunnen behartigen zullen juist nieuwe genereren. Leblebici e.a. (1991) stellen echter dat het veranderen van geïstitutionaliseerde praktijken een kostbare zaak is. Actoren hebben hiervoor veel bronnen en macht nodig. De actoren die veel bronnen en macht hebben zijn juist de actoren die de bestaande instituties willen behouden. Deze geven hen immers die bronnen en macht. Toch verandert de gevestigde orde op de langere termijn, vanwege een door Leblebici e.a. (1991) genoemde 'duality of institutional practices'. Duaal is volgens hen dat actoren door het overheersen van instituties afhankelijk worden van dezelfde bronnen. Er zijn echter nooit afdoende bronnen voor iedereen, waardoor naast de dominante actoren een groep minder welvarende actoren ontstaat. Deze perifere actoren introduceren nieuwe instituties om hun positie te verbeteren. Bij toenemende schaarste zullen ook dominante actoren hun toevlucht zoeken in deze nieuwe praktijken. Gaandeweg raken de nieuwe instituties daarom steeds meer geïstitutionaliseerd, totdat de eens perifere actoren een centrale dominante positie innemen en de eens heersende actoren noodgedwongen tot het randgebied gaan behoren. Deze situatie is om dezelfde reden tijdelijk. De nieuwe instituties leggen een beslag op eenzelfde soort bronnen. Een verandering van instituties is daarom op termijn onafwendbaar (Leblebici, 1991).

Tenslotte

Institutionele theorieën maken inzichtelijk dat de ontwikkeling van zorgketens begrepen kan worden binnen een context van veranderende instituties. Organisaties ontwikkelen zorgketens om aan te kunnen sluiten bij nieuwe instituties. Deze aanpassing verschaft organisaties legitimiteit en stabiliteit en daarmee de bronnen en macht om te kunnen overleven. De ontwikkeling voltrekt zich van buiten naar binnen en van binnen naar buiten. Organisatie ontwikkelen zorgketens als deze organiserwijze past bij nieuwe politieke en maatschappelijke regels, normen en opvattingen en als anderen in de omgeving zorgketens ontwikkelen. Zij re-

produceren of kopiëren wat moet, hoort en wat anderen doen door de structuren, culturen en interactiepatronen van andere organisaties over te nemen en door nieuwe regels, normen en beelden daarin te borgen. De actoren in organisaties creëren ook zelf nieuwe regels, beelden en opvattingen en zij passen hun structuren, culturen en interactiepatronen daarop aan. Zorgketens worden echter alleen ontwikkeld als een groot deel van de actoren zich aanpast aan de nieuwe instituties. Structuren, culturen en interactiepatronen worden nauwelijks gewijzigd als de oude instituties blijven overheersen. Het toenemend overnemen en zich aanpassen aan dezelfde instituties is er de oorzaak van dat de ontwikkeling van zorgketens zich over de zorgsector voltrekt.

Het ontwikkelen van zorgketens kan echter niet alleen verklaard worden door deze dynamiek. Zorgketens worden tevens ontwikkeld omdat actoren afhankelijk van elkaar worden om doelmatige integrale zorg te kunnen verlenen. Institutionele theorieën besteden geen aandacht aan de invloed van interdependentie. Institutionele theoretici geven ook geen inzicht in de dynamiek die zich specifiek in netwerken voltrekt. Zij stellen alleen dat actoren nieuwe structuren, culturen en interactiepatronen ontwikkelen. Onbelicht blijft wat de kenmerken zijn van deze structuren, culturen en interactiepatronen en hoe deze veranderen als actoren netwerken ontwikkelen. Interorganisatiele theorieën geven hierin wel inzicht. In de volgende paragrafen wordt daarom besproken hoe ontwikkelingen volgens interorganisatiele theoretici verlopen.

3.5 De rol van actoren in interorganisatiele theorieën

In interorganisatiele theorie wordt het handelen van actoren verklaard vanuit de belangen, macht, middelen en interdependente relaties van actoren. Vele auteurs bespreken (delen) van deze relatie. Het model van Godfroij (1981, 1989) wordt als uitgangspunt genomen, omdat Godfroij inzichten van verschillende auteurs bijeenbrengt en laat zien hoe institutionaliseringsprocessen bij netwerkontwikkelingen verlopen (zie figuur 3.2). Interdependentie vormt de kern van het model. Het maakt de netwerkontwikkeling volgens Godfroij (1981:6/7/170) tot een dialectisch institutionaliserend proces. Om hun interdependentie te reguleren, creëren, bevestigen, veranderen en heffen organisaties het netwerk waar zij deel van uitmaken op, maar zij worden hierbij door het netwerk beperkt in hun handelen.

Interdependentie en interactie

Netwerkontwikkelingen vinden volgens Godfroij (1981:75/76) plaats, omdat actoren afhankelijk van elkaar zijn en gegeven deze interdependentie met elkaar interacteren. Actoren zijn afhankelijk van elkaar, omdat zij bepaalde behoeften, oriëntaties en doeleinden hebben, maar zelden over alle middelen beschikken om deze alleen te kunnen bereiken. Daar hebben zij andere actoren voor nodig. Actoren interacteren met elkaar om aan die middelen te komen.

de interactie middelen zullen verkrijgen; zij beoordelen ook wat het effect van deze interactie zal zijn voor hun doelbereiking in de toekomst. Het handelen van actoren is daarom, volgens Godfroj, als strategisch handelen te beschouwen. Dit definieert Godfroj (ibid.:77) als 'de opstelling die een actor kiest, het ontwerp van het handelingsverloop dat hij maakt met het oog op zijn doeleinden'. Godfroj (1981:78/79) stelt dat het strategisch handelen van actoren, ondanks beperkingen van bounded rationality, vanwege het bewuste doelbereikende en afwegende karakter, actief en rationeel gedrag is.

Godfroj (ibid.:81-85) komt tot zes strategietypen op basis van het type rationaliteit dat achter het gedrag van actoren ligt: de strategie van het behoud of de vergroting van macht, de strategie van het behoud of vergroten van zekerheid, de strategie van doelbewuste risico-aanvaarding, de strategie van het ontwijken van macht en verantwoordelijkheid, de strategie van het behoud van gevestigde sociale constructies en de strategie van het waardengericht handelen. Gemeend wordt dat de strategieën parallellen vertonen met institutionele argumenten voor actie. In de eerste vier strategieën is een instrumentele logica waar te nemen. Al deze strategieën worden gekenmerkt door een door macht en zekerheid gestuurd berekend eigenbelang van actoren. In de strategie van het behoud van de gevestigde orde staan 'de tradities die op een gegeven moment als 'heilig' beschouwd worden' centraal en in de strategie van waardengericht handelen 'de gerichtheid op waarden of morele standaarden' (ibid.:84). Het zijn actielogica zoals deze respectievelijk bij de cognitieve en de normatieve instituties te vinden zijn. Een verschil is echter dat Godfroj benadrukt dat strategisch handelen bewust en rationeel gedrag is. Institutionaliserings vindt volgens Godfroj alleen plaats als het in verband gebracht kan worden met de strategieën van actoren: 'De rol van actoren doet ons beseffen, dat het niet zo maar om een 'versteningsproces' gaat, maar de uitkomst van strategische actie van individuele en collectieve actoren is. (...) Deze interpretatie impliceert een correctie ten opzichte van die theorieën die institutionalisering alleen maar als het resultaat van gewoontevorming zien' (ibid.:97). Dat interactie ook gestuurd kan worden door onbewust, routinematig, taken-for-granted gedrag, is volgens ons echter wel mogelijk. Er is immers geen reden om aan te nemen dat de opstelling en het handelingsontwerp van een actor altijd volledig bewust gekozen is. In de neo-institutionele theorie wordt ook gesteld dat institutionalisering berust op onbewust gedrag en gewoontevorming.

Speltypen

De strategieën van actoren veranderen volgens Godfroj voorts continu. Iedere actor handelt volgens een bepaalde strategie. Het op elkaar gerichte strategische handelen, strategische interactie genoemd, leidt tot nieuwe verhoudingen en situaties, die om nieuwe strategische benaderingen vragen. Gegeven de strategieën die actoren in interactie met elkaar uitspelen en het type interdependentie dat tussen hen bestaat ontstaan er bepaalde speltypen tussen actoren. Speltypen zijn volgens Godfroj (1981:85/86) 'interactietypen waarin een verband wordt verondersteld tussen de mate van congruentie of incongruentie van de deelnemende actoren en de aard van de handelingsconsequenties'. Godfroj (ibid.:88-93) onderscheidt zeven speltypen. Coöperatie

en coalitie zijn de eerste twee speltypen. Bij beide is sprake van symbiotische interdependentie en daarmee van een gemeenschappelijk belang. Het verschil is dat actoren bij coöperatie samenwerken om wederzijdse voordelen te vergroten, terwijl actoren met een coalitie hun belangen ten opzichte van een derde partij behartigen. Competitieve interdependentie vormt de basis van de speltypen: competitie, competitiebeperking en strijd. Bij competitie dingen actoren om de gunst van een derde partij. Van competitiebeperking is sprake als actoren hun competitieve handelingen aan gemeenschappelijke spelregels binden, omdat competitie te nadelig is. Strijd behelst het doelbewust belemmeren en bestrijden van actoren. Bij het zesde speltype, vermijding, ontzien actoren elkaar. Het laatste speltype is de fusie, waarbij georganiseerde groepen met elkaar samensmelten. Godfroj stelt dat de fusie eigenlijk het resultaat is van een geheel ander spel: het fusievoorbereidingsspel.

Institutionalisering in netwerken

Om nu te begrijpen hoe institutionaliseringsprocessen verlopen wordt het dialectische model van Godfroj stilgezet door uit te gaan van een netwerk, alsof het op een bepaald moment bestaat. Een netwerk bestaat dan uit actoren met doeleinden en middelen, die gegeven hun interdependentie op strategische wijze handelen, waardoor in het netwerk bepaalde speltypen aanwezig zijn. Een netwerk is daarmee een stelsel van spelen dat bestaat uit een structuur en cultuur (ibid.:94). De spelstructuur en -cultuur bepalen de verhoudingen en spelregels tussen actoren en de spelmogelijkheden van actoren. Een netwerk heeft in deze een netwerklogica, die bepaald wordt door de aard van de interdependentie en de officiële en officieuze bestaansgronden en functies van het netwerk (Godfroj, 1989). Actoren worden door deze structuur en cultuur weliswaar beperkt in hun handelen, maar zij worden er niet geheel door gedetermineerd. Actoren zijn in staat om het netwerk te veranderen. Zij zullen dit ook doen om hun interdependentieprobleem op te lossen. Actoren zullen op strategische wijze gaan handelen, waarbij de confrontatie van deze verschillende strategieën tot interactietypen, ofwel spelen als proces leidt (ibid.:6/7/94). De strategieën en de spelen, die binnen een netwerk te onderkennen zijn, zijn de actiologica van het netwerk (Godfroj, 1989). Door strategische interactie creëren, bevestigen, veranderen of heffen actoren de structuur en de cultuur op. De nieuw ontstane netwerken definiëren vervolgens de spelmogelijkheden voor de toekomst (Godfroj, 1981:94). Het spel speelt zich daarbij niet binnen hermetisch afgesloten grenzen af. Het handelen van actoren wordt niet alleen door de structuur en cultuur van het netwerk beperkt, maar ook door de 'natuurlijke levenscondities van de mens', zoals aanleg, biologische aspecten, en de cultuur en structuur van de omvattende samenleving (ibid.:75). Ook deze relatie tussen netwerken en de omgeving is van dialectische aard (ibid.:94).

Een kanttekening

Voor Godfroj vormt interdependentie de basis voor netwerkontwikkelingen. Godfroj lijkt er daarbij van uit te gaan dat interdependentie altijd tot strategische interactie en daarom tot institutionalisering van het netwerk zal leiden. Interdependentie is echter geen afdoende

voorwaarde. In paragraaf 3.2 is reeds beschreven dat ook de kennis die een organisatie over een andere organisatie heeft, bepaalt of er interactie zal plaatsvinden. Wassenberg (1980, 1995) stelt eveneens dat interdependentie geen afdoende grond voor netwerkvorming is. Volgens hem moeten organisaties zich eerst bewust worden van de interdependentie en zelfs dan kunnen organisaties bewust kiezen om niet interacteren, omdat zij hiermee aan autonomie verliezen. De strategische afweging om tot interactie over te gaan, wordt zowel vanuit een autonomiewens gemaakt als vanuit een wens om de onderlinge afhankelijkheid te reguleren. Wassenberg (1980:22) definieert een strategie dan ook als 'een arsenaal van gedragingen waarbij bewust door organisaties ingespeeld wordt op de vrije ruimte, de overgangszone die het netwerk laat tussen onderlinge afhankelijkheid en onafhankelijkheid'. Dat actoren strategisch interacteren betekent volgens Wassenberg voorts niet dat het netwerk ook geïnstitutionaliseerd raakt. Wassenberg (1980:23) spreekt van een beleidsarena, die bestaat uit een meervoudige spelinzet (verenigbare en onverenigbare doelen en waarden), spelers (een verzameling zelfstandige en onafhankelijke organisaties) en spelregels (normen die de verhoudingen regelen). Gegeven de onverenigbare spelinzet en het streven naar onafhankelijkheid, bepalen spelregels volgens Wassenberg nooit de gehele handelingsruimte van de spelers. Actoren zullen bepaalde zaken wel en andere niet met elkaar gaan reguleren. Netwerken worden daardoor altijd gekenmerkt door een combinatie van harmonie en rivaliteit en door vormen van samenwerking en conflict. Netwerken raken volgens Wassenberg altijd slechts partieel geïnstitutionaliseerd (ibid.:20).

Tenslotte

Met het model van Godfroy kan goed verklaard worden hoe interactie, cultuur, structuur bij zorgketenontwikkelingen met elkaar verbonden zijn. Helder wordt dat het verloop van de ontwikkeling gezien moet worden vanuit het perspectief van de doelen van de zorgketenpartijen, de bronnen en macht die zij hebben, de interdependentie tussen hen, de strategieën die zij gebruiken en de speltypen, cultuur en structuur die daarbij ontstaan. Ook wordt helder dat al deze in de loop van de ontwikkeling steeds veranderen, omdat zij elkaar wederzijds beïnvloeden. De ontwikkeling kent dus een enorme dynamiek, waarbij actie continu tot reacties en veranderingen leidt. Wassenberg benadrukt daarbij dat niet alle zorgketenpartijen op dezelfde manier zullen handelen, dat niet alle doelen, strategieën, interdependenties, structuren en culturen van de zorgketenpartijen hetzelfde zullen zijn en dat niet alle met de ontwikkeling zullen veranderen. Alhoewel het ontwikkelen van zorgketens impliceert dat de zorgketenpartijen met elkaar samenwerken, zal er altijd tegelijkertijd conflict en samenwerking tussen de partijen aanwezig zijn.

3.6 Veranderende structuren, culturen, sociale relaties en belangen

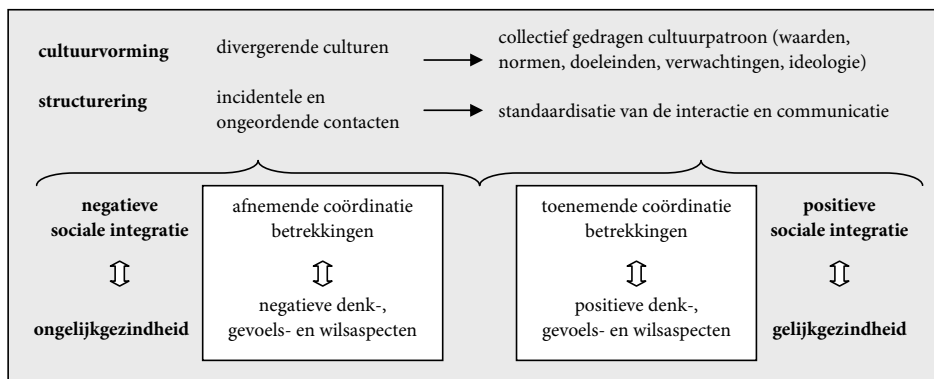
Godfroy richt zich in zijn model sterk op de rol van actoren. Onbelicht blijft hoe ontwikkelingen in structuren, culturen en interactiepatronen verlopen ten gevolge van de interactieprocessen. Welke veranderingen in structuurkenmerken, cultuurelementen en interactiepatronen met

de ontwikkeling gepaard gaan wordt anders gesteld niet verdiept. In deze paragraaf worden theoretici besproken die dit wel beschrijven. Ondanks de gedateerdheid van de werken zijn de beschreven inzichten heden ten dage nog actueel en veel gebruikt. De geboden conceptualiseringen bieden vele aangrijpingspunten om de ontwikkeling van zorgketens te bestuderen.

In paragraaf 3.6.1 wordt aangesloten bij de visie van Doorn en Lammers (1976), vanwege hun aandacht voor de institutionalisering van relaties tussen actoren. Als sociologen zijn zij echter op het netwerk van betrekkingen tussen mensen gericht en niet op het netwerk van betrekkingen tussen organisaties. Metcalfe (1976), die in paragraaf 3.6.2 wordt besproken, en Benson (1975), wiens studie in paragraaf 3.6.3 is beschreven, richten zich wel op de ontwikkeling van netwerken van organisaties. Benson verdiept daarbij de invloed van macht en belangen op netwerkontwikkelingen. In paragraaf 3.6.4 wordt het model van Mijs (1987) besproken, omdat Mijs fasen in de ontwikkeling onderscheidt en in zijn model vele inzichten van auteurs samenhangend bijeenbrengt. Theoretici uit en na die tijd komen tot gelijke conclusies (e.g. Gray, 1985; Snow & Thomas, 1993).

3.6.1 Sociale integratie in het werk van Doorn en Lammers

Bij het ontwikkelen van zorgketens zijn vele actoren betrokken, die voorheen nauwelijks tot niet met elkaar interacteerden. Het ontwikkelen van zorgketens gaat voor deze actoren gepaard met het ontwikkelen van nieuwe interactiepatronen. Volgens Doorn en Lammers (1976) voltrekt deze ontwikkeling zich langs processen van structurering en cultuurvorming. Structurering omschrijven Doorn en Lammers (1976:148) als een proces waarbij 'naarmate de in eerste instantie incidentele en ongeordende contacten vaste vormen gaan aannemen, tot op zekere hoogte een netwerk van interpersoonlijke betrekkingen en verhoudingen ontstaat'. Het proces van cultuurvorming verwijst naar het ontstaansproces van een duurzaam, min of meer gemeenschappelijk aanvaard cultuurpatroon. Cultuurvorming leidt tot culturele integratie, ofwel 'het sterk overheersen van universeel geldige en aanvaardbare normen, verwachtingen en waarden' (ibid.:124). Structurering en cultuurvorming beïnvloeden elkaar wederzijds, volgens Doorn en Lammers. Actoren ontbinden de bestaande cultuur (processen van de-institutionalisering) en zij vervangen deze met een zelf gecreëerde nieuwe cultuur. In interactie geven zij deze nieuwe cultuur aan elkaar door, waardoor de cultuur steeds breder gedragen wordt (re-institutionalisering). Omdat cultuur bepaalt hoe interactie plaatsvindt, beïnvloedt een verandering in de cultuur de interactiepatronen. Hoe meer actoren dezelfde cultuur gaan delen, hoe meer zij zich gelijkelijk gaan gedragen. Cultuur leidt daardoor tot stabilisatie of standaardisatie van de interactie en communicatie, ofwel tot structurering. Structurering leidt omgekeerd tot cultuurvorming. Actoren die zich steeds meer op dezelfde manier gedragen gaan de culturen steeds meer delen (Doorn & Lammers, 1976:163). 'Het proces van structurering der interacties en communicaties door cultuurvorming' definiëren Doorn en Lammers (ibid.:147) als institutionalisering (zie figuur 3.3).

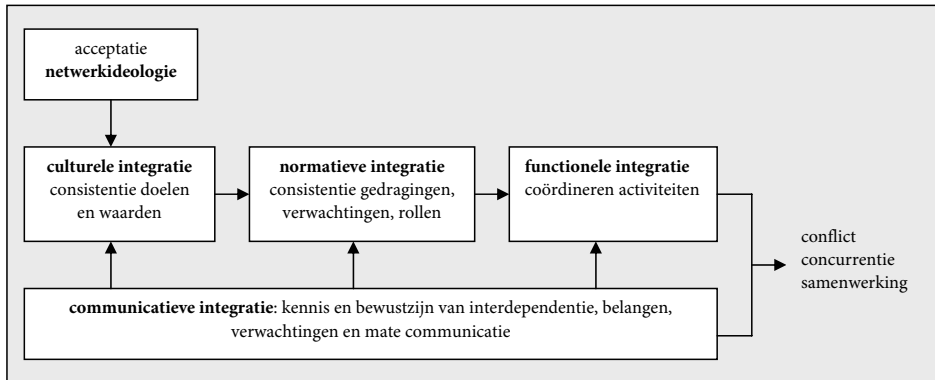


Figuur 3.3. Institutionalisering naar Doorn en Lammers (1976)

In deze procesgang staat centraal dat actoren het steeds meer eens worden met elkaar. Doorn en Lammers hanteren hiervoor de term ‘gelijkgezindheid’. De mate waarin actoren gelijkgezind zijn hangt volgens Doorn en Lammers (ibid.:70-73) af van de mate waarin actoren sociaal geïntegreerd zijn. Sociale integratie verwijst naar een mate van harmonie en disharmonie in het sociale proces (ibid.:60). Hiermee doelen zij op de positiviteit of negativiteit in denk-, gevoels- en wilsaspecten die actoren hebben ten opzichte van elkaar. Positieve sociale integratie is, volgens Doorn en Lammer (ibid.:157) een voorwaarde voor structurering en cultuurvorming. Naar de mate waarin de sociale integratie positief is, is er meer gelijkgezindheid en daarmee meer coördinatie in de betrekkingen, dus meer structurering, doordat ‘mensen met een gelijksoortige instelling veelal gezamenlijk iets willen doen en doordat mensen met een gelijksoortige instelling vaak graag samen willen zijn’ (ibid.:67). De cultuurvorming vindt plaats, omdat onder gelijkgezinde personen eerder een geïntegreerd cultuurpatroon ontstaat of aanwezig is dan onder personen die anders denken en doen en in disharmonie leven.

3.6.2 Netwerkgeoriënteerde sociale integratie in het werk van Metcalfe

De ontwikkeling van interactiepatronen tussen actoren in zorgketens zal zich dus voltrekken langs een toenemende gelijkgezindheid, positiviteit in de relatie, cultuurvorming en structurering van de relatie. Zoals gesteld richten Doorn en Lammers (1976) zich echter alleen op de ontwikkeling van sociale betrekkingen. Metcalfe (1976) richt zich daarentegen expliciet op netwerkontwikkelingen. In zijn conceptualisering van de ontwikkeling van netwerken staat sociale integratie eveneens centraal. Metcalfe definieert sociale integratie als de mate en de wijze waarop delen interacteren en als geheel functioneren. Volgens Metcalfe voltrekt de ontwikkeling van een netwerk zich langs vijf dimensies van sociale integratie: de acceptatie van een nieuwe ideologie, culturele integratie, normatieve integratie, communicatieve integratie en functionele integratie (zie figuur 3.4). De mate waarin deze dimensies ontwikkeld zijn, bepaalt of organisaties samenwerken of concurreren.



Figuur 3.4. Dimensies van netwerkintegratie naar Metcalfe (1976)

Alles begint volgens Metcalfe (1976) bij de introductie van een nieuw doel, dat alleen behaald kan worden als de interactie-eigenschappen van het netwerk worden veranderd. De netwerkorganisaties moeten dit doel, volgens Metcalfe, wel eerst aanvaarden. Ook zal er overeenstemming moeten zijn over de wijze waarop het doel behaald moet worden. Metcalfe spreekt hier over de aanwezigheid en acceptatie van een nieuwe ideologie. Deze ideologie is nodig om de culturele integratie in het netwerk op gang te brengen. Culturele integratie omvat de mate waarin netwerkpartijen gelijkgestemd zijn over de doelen en waarden en de mate waarin de doelen en waarden onderling consistent zijn. Culturele integratie beïnvloedt de normatieve integratie. Dit is de mate waarin overeenstemming is over wat men van elkaar kan verwachten in termen van rollen en gedragingen. De mate van culturele en normatieve integratie bepalen vervolgens de mate van functionele integratie. Functionele integratie wordt gedefinieerd als de mate waarin de netwerkorganisaties hun activiteiten coördineren. Communicatieve integratie is, volgens Metcalfe, tenslotte nodig om tot de overige vormen van integratie te komen. Hiermee doelt hij op de mate waarin organisaties zich wederzijds bewust zijn van het nieuwe collectieve probleem en van elkaars verwachtingen en belangen en de mate waarin hierover gecommuniceerd wordt.

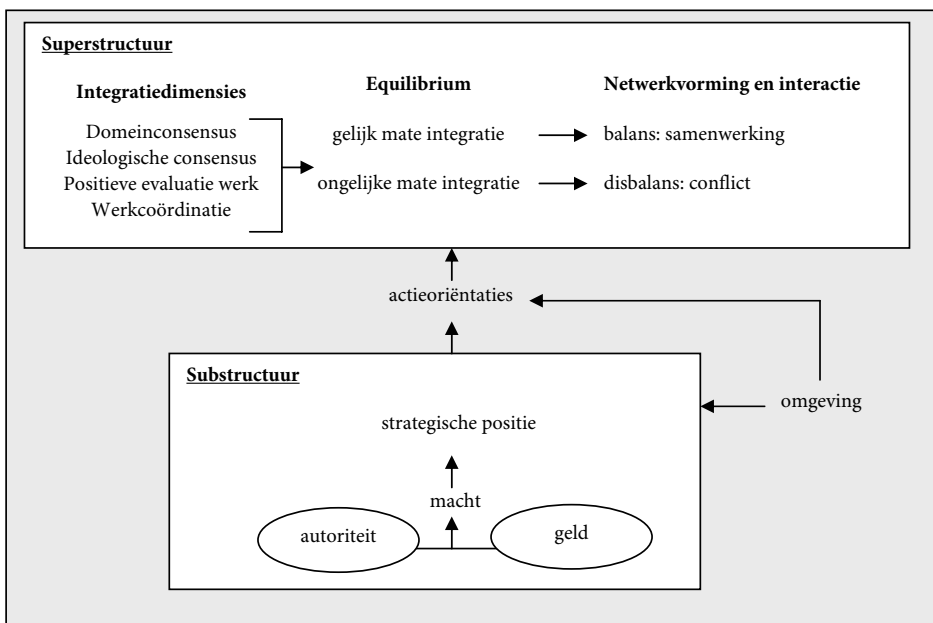
De theorieën van Metcalfe (1976) en Doorn en Lammers (1976) vertonen vele overeenkomsten. De structurering van de communicatie en interactie door coördinatie van Doorn en Lammers is vergelijkbaar met de concepten van Metcalfe over functionele en communicatieve integratie. Ook de conceptie van culturele integratie van Doorn en Lammers overlapt welhaast geheel de culturele en normatieve integratie zoals Metcalfe deze bespreekt. Bij beide wordt gelijkgezindheid tussen partijen voorts noodzakelijk geacht om tot verandering en stabilisering van het netwerk te komen. De dynamiek bij ontwikkelingen conceptualiseren zij echter verschillend. Doorn en Lammers stellen een dialectische dynamiek voor tussen de integratiedimensies, terwijl Metcalfe uitgaat van een sequentiële en een randvoorwaardelijke dynamiek. Metcalfe besteedt in zijn theorie tenslotte, in tegenstelling tot Doorn en Lammers, aandacht aan machtsverhoudingen tussen partijen. Zijn bespreking beperkt zich echter tot

het aangeven dat machtscoalities functionele integratie belemmeren. Om deze belemmerende coalities tegen te gaan meent Metcalfe dat partijen een ontwikkelcoalitie ('developmental coalitions') moeten instellen. In deze coalitie worden de bronnen bij elkaar gebracht, die de partijen nodig hebben om hun gezamenlijke doel te bereiken.

3.6.3 Bronnen en machtsgerelateerde integratie in het werk van Benson

De invloed van macht en bronnen blijft bij Metcalfe verder onbesproken. Benson (1975) bespreekt deze wel en maakt daartoe een onderscheid tussen een zogenoemde onderbouw en bovenbouw van netwerken. De onderbouw (substructure) is het speelveld van met elkaar interacterende organisaties. Deze bestaat uit bronnen, macht en actieoriëntaties. Als bronnen onderscheidt Benson geld en bevoegdheid ('authority') in de betekenis van legitimiteit, de verantwoordelijkheid en het recht om programma's uit te voeren en het omgaan met een breed probleem.

De bovenbouw omvat 'the superstructure of sentiments and interactions' (zie figuur 3.5). Op dit niveau zijn netwerken systemen die naar een 'interorganizational equilibrium' neigen. Deze definieert Benson als de mate waarin 'de participanten betrokken zijn in sterk gecoördineerde, coöperatieve interacties, gebaseerd op normatieve consensus en wederzijds respect'. Het equilibrium kenmerkt zich door vier dimensies van integratie: domeinconsensus, ideologische consensus, positieve evaluatie werk en werkcoördinatie. Als actoren overeenstemming bereiken



Figuur 3.5. Netwerkindegratie naar Benson (1975)

over de functie en het werkgebied van het netwerk is er sprake van domeinconsensus. Tussen de actoren is sprake van ideologische consensus als zij overeenstemming hebben bereikt over de aard van de taken en de wijze waarop deze moeten worden uitgevoerd. Van positieve evaluatie is sprake als actoren positief oordelen over het werk van actoren in andere organisaties. Werkcoördinatie is tenslotte aanwezig als actoren samenwerken en activiteiten efficiënt en effectief op elkaar afstemmen.

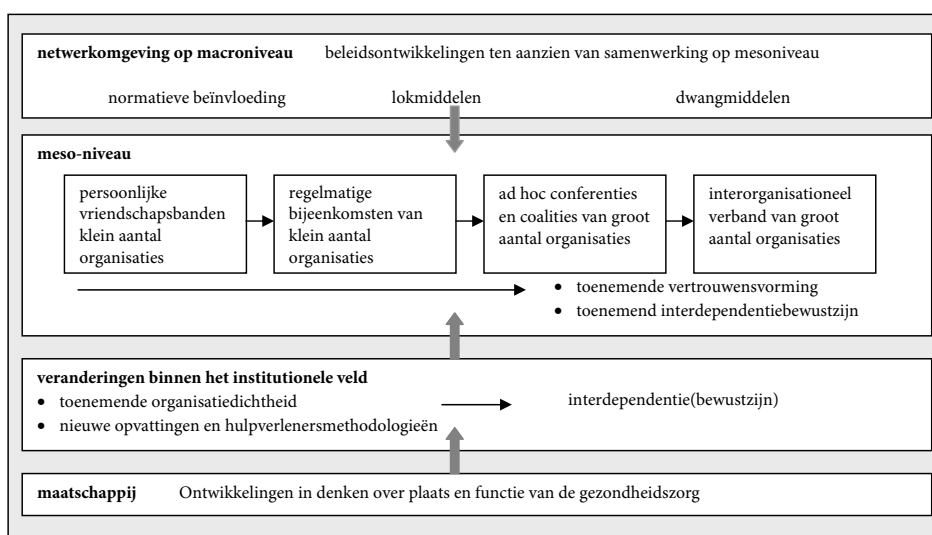
Bij de ontwikkeling van een netwerk zal de richting waarin een dimensie zich beweegt, volgens Benson, tot een gelijke beweging in een andere dimensie leiden. Dit noemt Benson de 'hypothesis of balance'. Het netwerk is in balans wanneer alle dimensies een gelijke mate van integratie hebben. Hoe hoog of laag deze is, maakt niet uit. Is er op een dimensie echter een afwijkende mate van integratie dan is het netwerk in disbalans. De substructuur bepaalt, volgens Benson, de mate van integratie en daarmee of netwerken in balans of disbalans zijn of raken. Deze invloed voltrekt zich volgens hem als volgt: Actoren in de onderbouw beschikken over authority en geld. Het bezitten van authority maakt het voor actoren legitiem om te bepalen hoe op een bepaald domein gehandeld wordt. Geld maakt het voor hen mogelijk om handelingen uit te voeren. Hoe meer van deze bronnen actoren hebben, hoe meer macht zij hebben en hoe afhankelijker andere actoren van hen zijn. Macht en bronnen bepalen dan ook de strategische posities van actoren in het netwerk. Naarmate actoren erop gericht zijn om deze strategische positie te behouden zal er volgens Benson minder integratie in de superstructuur plaatsvinden. Zo zal een actor die een domein bezit niet snel tot domeinconsensus komen, als zijn positie daarmee benadeeld wordt. Wanneer de dominante ideologie een actor geld en authority verschaft, zal deze actor niet snel tot ideologische consensus overgaan als zijn strategische positie daardoor negatief wijzigt. Bij een beslissing om werkzaamheden te coördineren zal een actor voorts afwegen wat de consequenties van de nieuwe werkverdeling zijn voor zijn strategische positie. Tot slot zal het niet eenvoudig zijn om tot een positief oordeel over het werk van anderen te komen, als actoren elkaar bevechten om bronnen.

De machtsverhoudingen en bronnenverdeling zijn niet onveranderlijk. Interne en externe partijen kunnen op strategische wijze de onderbouw veranderen, waardoor ook de integratie in de bovenbouw verandert. Benson (1975) onderscheidt vier strategieën ('actieoriëntaties'), die de integratie beïnvloeden. Actoren kunnen ten eerste op basis van coöperatieve strategieën tot overeenstemming komen. Partijen kunnen voorts doelbewust elkaars bronnen in gevaar brengen. Deze verstorende strategieën kenmerken zich door andermans fondsen af te nemen, programma's te dwarsbomen of door zich ongevraagd op andermans domein te begeven ('domeinschending'). Ook de omgeving kan strategieën hanteren. Met manipulatieve strategieën wijzigt de omgeving doelbewust de bronnenvoorziening. Met gebiedende strategieën wordt vanuit de omgeving bijvoorbeeld door een wetgevende macht opgelegd hoe de substructuur eruit zal zien.

De dimensies van integratie van Benson (1975) zijn gelijksoortig aan die van Metcalfe (1976) en Doorn en Lammers (1976), maar Benson belicht daarbij hoe integratie beïnvloed wordt door de omgeving, de macht, bronnen en strategieën van actoren. Tenslotte stelt Benson weer een andere dynamiek voor en wel een continue uitbalancering op de verschillende dimensies.

3.6.4 Netwerkvorming als sociaal integratieproces van Mijs

Bovengenoemde auteurs bespreken de dynamiek bij netwerkontwikkelingen allen in brede conceptuele zin. Een specificatie van deze concepten is bij Mijs (1987) te vinden. Mijs heeft op basis van inzichten van een veelheid aan auteurs een 'model voor de genese en ontwikkeling van interorganisatiele verbanden' ontwikkeld (zie figuur 3.6). Institutionaliserings, zoals Doorn en Lammers deze definiëren, vormen de basis voor het model. Omdat Mijs (evenals Godfroy) meent dat actoren zowel individuen, groepen als collectiviteiten kunnen zijn (1987:36) acht hij deze definitie toepasbaar op netwerken van organisaties. Institutionaliserings van interorganisatiele samenwerkingsvormen is daarmee: 'het proces van structurerings van de interacties en communicaties tussen de betreffende organisaties ten gevolge van de vorming van een mede op deze samenwerking betrekking hebbend gemeenschappelijk cultuurpatroon' (1987:35). Mijs beziet het ontstaan van een netwerk daarmee als een proces van sociale integratie, ofwel als 'de institutionalisering van de betrekkelijk intensieve betrekkingen en verhoudingen tussen de organisaties' welke zich langs processen van structurerings en cultuurvormings voltrekt (ibid.:77/251). Organisaties gaan in toenemende mate verwachtingen, doelstellingen, waarden en normen delen (cultuurvormings) en zich toenemend met formele structuren aan elkaar verbinden (structuurvormings). Deze sociale integratie voltrekt zich volgens Mijs (1987:251/252) in vier fasen.



Figuur 3.6. Het model van Mijs (1987:87)

Alles begint bij het ontstaan van een informeel deelnetwerk onder gelijksoortige organisaties. Het deelnetwerk bestaat doordat organisatieleden elkaar persoonlijk kennen en op deze basis verbanden met elkaar onderhouden en initiatieven ondernemen. De tweede fase van de ontwikkeling treedt op als de leiding van de organisaties in het deelnetwerk elkaar in toenemende mate op formele wijze gaan treffen (bijvoorbeeld bijeenkomsten). In deze fase is de samenwerking nog informeel, maar de organisaties gaan al wel hun beleid op elkaar afstemmen en gezamenlijk naar buiten toe optreden. Er zijn geen vastgelegde doelen, rechten en verplichtingen. De samenwerking is puur gebaseerd op persoonlijke vertrouwensrelaties en gemeenschappelijke verwachtingen, doeleinden en belangen. De derde fase in de ontwikkeling breekt aan als dit informele netwerk externe steun gaat zoeken voor gemeenschappelijke problemen. In deze fase ontstaan overleggen, conferenties en coalities. Het kleine deelnetwerk wordt verbreed met de overige organisaties in het netwerk. De vierde fase begint wanneer de meerderheid van de partijen de tijdelijke samenwerking om wil zetten naar een langdurige. In deze fase verbinden de organisaties zich aan elkaar met vastgelegde doelstellingen, rechten en verplichtingen in een interorganisatieel verband. Dit verband, dat veelal de vorm heeft van een stichting of vereniging, heeft een eigen stafbureau, een formele interne structuur met afdelingen en een bestuurlijk orgaan.

Dat de ontwikkeling van netwerken zich langs deze processen van cultuurvorming en structurering voltrekt is volgens Mijs mede het gevolg van zich tegelijkertijd voltrekkende processen van sociale vertrouwensvorming en een verbreidend interdependentiebewustzijn. Sociale vertrouwensvorming houdt in dat de verschillende vertegenwoordigers erop gaan vertrouwen dat eenieder de gemeenschappelijke doelen, normen, waarden en belangen bij het handelen in acht zal nemen (ibid.:252/253). Een toenemend interdependentiebewustzijn houdt volgens Mijs (ibid.:86/88) in dat men zich er toenemend van bewust wordt dat men elkaars doelbereiking kan beïnvloeden en dat men daarom in toenemende mate de onderlinge afhankelijkheid gaat accepteren. Bij dit toenemend interdependentiebewustzijn spelen enerzijds de bronnen die een organisatie nu nodig heeft om te kunnen overleven een rol ('objectieve harde interdependencies'). Organisaties kunnen de ervaren interdependentie anderzijds baseren op gedachten over de bronnen die zij in de toekomst nodig denken te hebben en op opvattingen over hun taken en de wijze waarop zij deze behoren uit te voeren ('subjectieve zachte interdependencies').

Netwerkontwikkelingen worden tenslotte beïnvloed door veranderingen in het interorganisatiele veld. De opkomst en groei van organisaties maken dat organisaties steeds meer samen dezelfde domeinen gaan delen. Zij worden afhankelijker van elkaar. Maar ook nieuwe hulpverleningsmethodieken en -ideologieën kunnen het veld betreden. De nieuwe domeinopvattingen, die hiervan een gevolg kunnen zijn, hebben een weerslag op de onderlinge verhoudingen en het interdependentiebewustzijn. Netwerkontwikkelingen worden tenslotte door de externe omgeving beïnvloed. Op dit niveau opereren instanties, zoals overheden, financiers

en koepelorganisaties. Deze beïnvloeden ontwikkelingen met wetgeving, normatieve codes, lok- en dwangmiddelen (id. 88/89).

Tenslotte

De besproken auteurs geven aan, dat het te verwachten is dat zorgketenontwikkelingen gepaard gaan met het ontstaan van een gedeelde cultuur, domeinconsensus, vertrouwen, positieve relaties tussen partijen en coördinerende structuren. Benson geeft hierbij aan dat macht, bronnen en strategieën het ontstaan hiervan begrenzen en Mijs maakt ons erop alert dat ontwikkelingen tevens gepaard gaan met een toenemend interdependentiebewustzijn en een invloed vanuit de omgeving.

Dat zorgketens zich langs bovengenoemde dimensies ontwikkelen, betekent echter geenszins dat organisaties in zorgketens zich altijd gelijkelijk op deze dimensies positioneren. Integendeel: het kenmerkende van organisaties in netwerken is juist dat zij een verschillende positie op deze dimensies kunnen innemen. Zo bespreken Van de Ven e.a. (1974) ten eerste dat organisaties in netwerken verschillen naar de mate waarin zij zich bewust zijn van de doelen, diensten en bronnen van andere partijen en de wijze waarop bronnen over hen verdeeld zijn. In netwerken verschillen organisaties volgens hen voorts in homogeniteit en domeinconsensus. Organisaties verschillen in structurele en functionele gelijkheid en mate waarin benaderingswijzen (wijze uitvoering taken, controle en autoriteit), filosofieën en doelen compatibel zijn. Volgens Hall (1991:216) bepalen ook de consensus onder organisaties over taakverdelingen, rollen en het gebied dat het netwerk bedient de mate van domeinconsensus. Lefton (1970, 1973) en Lefton en Rosengren (1972) benadrukken daarbij dat dienstverlenende organisaties kunnen verschillen in de wijze waarop zij cliënten benaderen, waardoor domeinconsensus van grote invloed is op de ontwikkeling van een netwerk. Lefton (1970:17-22) en Lefton & Rosengren (1972:115/116) stellen dat organisaties verschillen van een interesse in een enkelvoudig aspect tot alle aspecten van de zorgvraag ('lateraliteit') en in een interesse voor een deel van het ziektebeloop naar een interesse voor het gehele ziekte-traject in de tijd ('longitudinaliteit'). Organisaties zullen volgens hen eerder een netwerk vormen als zij het met elkaar eens zijn dat zij een grote mate van lateraliteit en longitudinaliteit in de benaderingswijze moeten borgen (Lefton & Rosengren, 1972:119-121; Lefton, 1973:168-172).

De coördinerende structuren die organisaties ontwikkelen hangen volgens velen af van het soort interdependentie tussen organisaties (e.g. Park, 1996; Grandori, 1997). Volgens Nooteboom (2000) beïnvloedt de institutionele context eveneens deze keuze. De mate van integratie in het netwerk hangt voorts af van de grootte van het netwerk (aantal partijen) en de overlap in lidmaatschap (aantal organisaties met dezelfde functie). Beide bepalen de mate van coördinatie en samenwerking tussen de organisaties, de interdependentie, de domeinconsensus, de netwerkstructuur en de wijze waarop daarbinnen besluitvorming plaatsvindt (Evan, 1966; Hall, 1991:17; Alter en Hage, 1993:47,48).

De positie die organisaties op de dimensies innemen is tenslotte tijdsgebonden. Volgens Ebers & Grandori (1999:275) verandert de positie van organisaties continu doordat zij van elkaar leren, hun werkprocessen aanpassen aan het gewenste en doordat zij continu evalueren wat de meest geschikte structuren en partners zijn.

Organisaties in netwerken kenmerken zich dus door een veelheid aan verschillen in eigenschappen. Deze eigenschappen zijn van invloed op de netwerkvorming, maar zij belichten tevens een bepaalde status quo in het netwerk. Het zijn met andere woorden structuureigenschappen van een netwerk op een bepaald moment in de tijd. De integratiedimensies van genoemde auteurs in deze paragraaf belichten weliswaar hoe deze eigenschappen in de loop van de tijd veranderen, maar onbelicht blijft hoe de structuren van netwerken er daarmee uit zullen zien. Ten aanzien van de netwerkstructuren beperken zij zich veelal tot de constatering dat organisaties hun activiteiten zullen gaan coördineren. Alleen Mijs specificeert dat er formele structuren ontstaan en nieuwe vormen van arbeidsdeling en besluitvorming. Maar dan nog blijft onbelicht hoe deze structuren er meer precies uit zullen zien. De ontwikkeling van zorgketens gaat echter juist gepaard met een verandering in de wijze van structureren. Over deze veranderingen in en kenmerken van netwerkstructuren handelt de volgende paragraaf.

3.7 De ontwikkeling van zorgketenstructuren

De kenmerken van zorgketenstructuren zijn het beste te bestuderen op basis van systeem-theoretische inzichten over netwerken. Zoals in paragraaf 3.3 is besproken kenmerken structuren van netwerken zich door de comparatieve eigenschappen van de organisaties in het netwerk, het soort relationele verbinding tussen de organisaties, de kenmerken van het besturende orgaan en de kenmerken van het netwerk als totaliteit. De comparatieve eigenschappen zijn in de afsluitende opmerking hierboven besproken. In paragraaf 3.7.1 en 3.7.2 worden de relationele verbindingen en kenmerken van de netwerkcollectiviteit besproken. De kenmerken van het besturende orgaan komen in beide paragrafen aan de orde.

3.7.1 Het verbinden van de organisaties in de zorgketen: relationele eigenschappen

Organisaties in zorgketens kunnen op allerlei manieren met elkaar verbonden worden. Marret (1971) en van de Ven e.a. (1974) maken een onderscheid tussen de kenmerken van de verbinding om ruil en interactie vorm te geven en coördinatiemechanismen. Beide staan in deze paragraaf centraal.

3.7.1.1 Kenmerken van de binding tussen organisaties in zorgketens

Zorgketens zijn als gefuseerde conglomeraten van organisaties netwerken met een hoge bindingsintensiteit. Het type relationele binding tussen de organisaties in zorgketens zal zich

volgens Marrett (1971) daarom kenmerken door een hoge mate van formalisatie, intensiteit, reciprociteit en standaardisatie.

Netwerken met een hoge mate van formalisatie zijn netwerken waarin organisaties erkennen dat zij bronnen uit te wisselen hebben en hun interdependentie op basis van regels reguleren. In deze netwerken wordt of een intermediair orgaan opgetuigd om deze relaties te reguleren (Marret, 1971) of een hiërarchische autoriteit ingesteld, die de relaties niet slechts reguleert, maar ook bepaalt (Tsai, 2002). Door de instelling van deze organen is de besluitvorming sterk gecentraliseerd. Zorgketens als formele netwerken onderscheiden zich daarmee van informele netwerken, waarbij de besluitvorming sterk gedecentraliseerd is (Aldrich, 1978; Martinez en Jarillo, 1989). Kenmerkend voor formele netwerken is voorts dat de taken, die organisaties uitvoeren, naar type in afdelingen gegroepeerd zijn. Volgens Martinez en Jarillo (1989) kenmerken formele netwerken zich daardoor door een sterke zogenoemde 'departmentalization'. De formalisatie in netwerken heeft tenslotte betrekking op de juridische bindingsintensiteit. Volgens Oliver en Ebers (1998) gaat het er hierbij om of organisaties op basis van contracten of eigendom aan elkaar verbonden zijn. Terwel (1995) benoemt daarbinnen en buiten meerdere varianten zoals een afspraak, overeenkomst, maatschap, joint venture, federatie, holding, concern en juridische fusie.

De intensiteit van de relationele verbinding zal in zorgketens hoog zijn. Volgens Marrett (1971) zijn organisaties in formele netwerken sterk betrokken bij het behalen van de doelen van het netwerkcollectief. Zij investeren veel van hun bronnen in het netwerk en zij interacteren frequent met elkaar. Het doel dat organisaties trachten te bereiken en het soort verbinding dat zij daartoe aangaan hangt echter af van het soort organisaties in het netwerk. Kaluzny e.a. (1998) spreken in dit verband over 'laterale en integratieve verbindingen' tussen organisaties. Gelijksortige organisaties gaan laterale verbindingen aan om collectieve macht uit te kunnen oefenen en om schaalvoordelen en een betere toegang tot bronnen te realiseren. Ongelijksortige organisaties leggen integratieve verbindingen om de stadia van hun productieprocessen te stroomlijnen. Volgens Oliver & Ebers (1998) hangt de aard van de verbinding echter ook af van het soort uitwisseling dat plaatsvindt. Zij stellen dat sociale uitwisselingen om een andere type verbinding vragen dan politieke uitwisselingen. Volgens Levine en White (1960) maakt het echter niet uit of de uitwisseling sociaal of politiek is, maar wel of het om bronnen zoals geld, goederen, consumenten, personeel en kennis gaat of om informatie over de beschikbaarheid van deze elementen.

De frequentie van de interactie in formele netwerken kenmerkt zich volgens Marrett (1971) voorts door veel reciprociteit. De mate van wederzijdse uitwisseling van bronnen en de mate waarin organisaties wederzijds bijdragen aan het interactiedoel is hoog. Thompson (1967) en Levine en White (1960) stellen echter dat intensieve interactie niet noodzakelijkerwijs reciproque, maar ook unilateraal en sequentieel kan zijn. Een unilaterale of sequentiële

relatie is intensief als er tegelijkertijd een veelheid aan expertise of bronnen aanwezig moet zijn om onder een hoge tijdsdruk een complexe taak te kunnen volbrengen (bijvoorbeeld een operatie). Een relatie is sequentieel wanneer de input van de een, de output van de ander is. Een verbinding is unilateraal als een organisatie iets krijgt zonder iets terug te geven of als meerdere organisaties een bijdrage leveren aan dezelfde andere organisatie. Levine en White (1960) noemen dit een 'joint direction' van de relatie. Aiken en Hage (1976:165) onderscheiden hierbij de 'joint program', waarbij partijen gezamenlijke investeren in een programma. Een moderne uitwerking van joint programs zijn de huidige case management programma's, waarbij rondom het ziektebeloop van een patiënt alle te verrichten activiteiten programmatisch worden gecoördineerd (Cudney e.a., 2002). Of de relatie reciproque, sequentieel of unilateraal is hangt af van het soort organisaties en soort interdependentie tussen organisaties (Levine en White, 1960; Thompson, 1967; Park, 1996).

Netwerken met een hoge mate van binding kenmerken zich tenslotte door een hoge mate van standaardisatie. De mate van standaardisatie heeft betrekking op de mate waarin de te ruilen bronnen bepaald zijn en de mate waarin de ruilrelatie met vastgelegde procedures en regels is gereguleerd (Marrett, 1971). Volgens Godfroij (1993:85-88) is de standaardisatie in netwerken naar Mintzberg (1983) te onderscheiden in standaardisatie van de output, expertise en werkprocessen. Hoe sterk is vastgesteld wat, hoe en met welke resultaten in het netwerk verricht moet worden, staat hierbij centraal.

3.7.1.2 Coördinatiemechanismen in zorgketens

Organisaties in netwerken worden met coördinatiemechanismen aan elkaar verbonden. Coördinatiemechanismen bepalen de mate waarin van formalisatie, intensiteit, reciprociteit en standaardisatie sprake zal zijn (Ven e.a., 1974). Een zorgketen kenmerkt zich daardoor door de aanwezigheid van vele coördinatiemechanismen. Deze mechanismen kunnen ons inziens onderscheiden worden in door ons zogenoemde systeemmechanismen, persoonlijke mechanismen en onpersoonlijk mechanismen (zie tabel 3.3).

Coördineren met systemen

Systeemmechanismen verwijzen naar systemen om de processen van de verschillende organisaties in het netwerk te coördineren. Volgens Grandori en Soda (1995) zijn de processen in organisaties te coördineren door alle organisaties volgens dezelfde systemen te laten werken. Deze eenduidige systemen vervangen de systemen in de verschillende organisaties, die alleen het werk in die organisaties reguleren. Als systeemmechanismen onderscheiden zij communicatie-, besluitvorming-, planning-, training-, controle-, financiële-, informatie-, selectie- en incentivesystemen. Zij bespreken, geheel in lijn met de inzichten uit de Verenigde Staten, dat deze systemen de werkzaamheden in het netwerk coördineren als zij gericht zijn op het doel van het netwerk en als zij de benodigde attitudes borgen (bijvoorbeeld criteria voor samenwerking in de beloningssystemen).

persoonlijke coördinatiemechanismen

- interpersoonlijk contact en overleg (telefonisch, mondeling, brieven, vergaderingen, conferenties)
- coördinerende rollen: liaisonrol, mirror image, integratiemanager, casemanager
- teams, projectgroepen en stuurgroepen
- wederzijdse aanpassing, peer controle, informele afstemming

onpersoonlijk coördinatiemechanismen

- wetten, regels, procedures, programma's
- coördinerende organisatie-eenheden
- stafafdelingen
- besturende organisatie-eenheden
- formuleren, dossiers, roosters, schema's

systeem coördinatiemechanismen

- besluitvormingsystemen
- communicatiesystemen
- planningsystemen
- controlesystemen
- selectiesystemen
- sanctiesystemen
- financiële systemen
- informatiesystemen
- beleidssystemen

Tabel 3.3. Typering coördinatiemechanismen

Coördineren met personen

Persoonlijke mechanismen zijn gebaseerd op sociale rollen en sociale interactie. De individuen die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie zijn als personen duidelijk te herkennen. Volgens Mohrman (1993:117-119) hangt het soort persoonlijke mechanismen af van de mate waarin het werk tussen personen gecoördineerd (in haar woorden 'geïntegreerd') moet worden. Werkzaamheden die om weinig coördinatie vragen kunnen met informele processen gecoördineerd worden, zoals persoonlijke contacten en werkrotatie. Vragen werkzaamheden om meer coördinatie dan zijn volgens Mohrman (ibid.) linking-pin rollen en 'mirror-image organisations' nodig. Formele rollen zijn nodig als het werk om meer coördinatie vraagt dan met informele rollen bewerkstelligd kan worden. Mohrman onderscheidt teamvorming en integratiemanagers als rollen. Een individu met een linking pin rol heeft de taak de werkzaamheden van verschillende individuen of eenheden te coördineren. In de gezondheidszorg zijn casemanagers bijvoorbeeld vormen van linking-pin rollen. Deze coördineren in complexe situaties alle zorg rondom een cliënt (Kodner, 2000; Hebert, 2003). Mirror-image organisations is een mechanisme, waarbij in iedere organisatie dezelfde soort functies aanwezig zijn. Hierdoor wordt voor eenieder helder welke persoon in een andere organisatie aangesproken moet worden wanneer afstemming nodig is. Teamvorming behelst het bijeenbrengen van personen die samen een taak moeten volbrengen. Een integratiemanager is een functionaris die hiërarchisch belast is met de integratie van verschillende taken (bijvoorbeeld een proces- of productmanager).

Alexander (1998) bespreekt dat coördinatiemechanismen verschillen naar mate van institutionalisering. De minst geïnstitutionaliseerde coördinatievorm is het informele interpersoonlijke netwerk. Deze varieert van interpersoonlijk contact tijdens vergaderingen, telefoongesprekken en correspondentie tot ad hoc ontmoetingen rondom gemeenschappelijke issues en zitting in dezelfde besturen. Naar institutionaliseringsgraad onderscheidt hij vervolgens de 'liaison

of boundary-spanner', de interorganisatiele groep, de coördinator of integratiemanager en de coördinerende eenheid. De liaison of boundary spanner en de integratiemanager zijn te vergelijken met de linking pin rol en de integratiemanager van Mohrman. Een interorganisatiele groep is een bestuur, stuurgroep, commissie, projectgroep of task force belast met het coördineren van taken.

Onpersoonlijke mechanismen

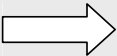
Onpersoonlijk mechanismen zijn in tegenstelling tot de persoonlijke mechanismen niet (of nauwelijks) meer te herleiden tot iets sociaals. Ze zijn het geïnstitutionaliseerde product van interpersoonlijk handelen. Coördinerende eenheden zijn een eerste vorm van onpersoonlijke mechanismen. De coördinerende eenheid van Alexander (1998) is hiervan een voorbeeld. Deze eenheid heeft een eigen staf en budget en bestaat ofwel als afdeling in een organisatie (bijvoorbeeld een afdeling zorgvernieuwing) of als organisatie naast het netwerk (bijvoorbeeld een joint venture voor de transmurale projecten van het netwerk). Grandori en Soda (1995) spreken in dit verband over de aanwezigheid van een gemeenschappelijke staf als centrale coördinatiestructuur en Martinez en Jarillo (1989) noemen een coördinerende eenheid een integratieve afdeling. Maar ook besturende organen zijn coördinatiemechanismen. Iedere clustering van hiërarchische autoriteit (Grandori en Soda, 1995; Grandori, 1997), de 'co-ordinating agency' van Litwak en Rothman (1970) en het besturende orgaan van Van de Ven (1974) zijn hiervan voorbeelden.

Wetten, regels en procedures zijn een tweede vorm van onpersoonlijke mechanismen. Deze bevatten specificaties van taakomschrijvingen van individuen, groepen of gehele organisaties, specificaties van de input en output van een afdeling of een organisatie en specificaties van de wijze van communiceren (Martinez en Jarillo, 1989; Marrett, 1971; Sobrero en Schader, 1998). Deze wetten, regels en procedures kunnen in geschreven en ongeschreven vorm aanwezig zijn. Bij ongeschreven vormen moet gedacht worden aan vanzelfsprekend geworden gedragsvormen die, zoals in paragraaf 3.4 is besproken, als wetten bepalen hoe er gehandeld wordt. Bij geschreven vormen gaat het om uitgeschreven wetten, procedures, roosters, planningschema's, protocollen en dossiers. In de zorg wordt daarbij gebruik gemaakt van programma's als coördinatievorm. In programma's worden verschillende coördinatiemechanismen, zoals protocollen, richtlijnen, zorgteams, beoordelingscriteria en planningssystemen bijeengebracht. Zij bieden een infrastructuur om de zorg over het gehele dienstverleningscontinuüm gecoördineerd te laten verlopen (Kodner, 2000). Wetten en regels zijn het meest te vinden in netwerken met een hoge mate van standaardisatie en interdependentiebewustzijn. Naarmate het aantal organisaties in het netwerk toeneemt, zullen regels daarbij meer de vorm krijgen van geschreven wetten (Litwak en Hylton, 1962; Litwak en Rothman, 1970).

3.7.2 Netwerktypologieën: eigenschappen van netwerkcollectiviteiten

Een zorgketen heeft als netwerkcollectiviteit eigen structurele eigenschappen. Deze verschillen, zoals in paragraaf 3.3 is besproken, van de eigenschappen van het netwerk waarvan organisaties vóór de ontwikkeling van de zorgketen deel uitmaakten. In tegenstelling tot vroeger zijn organisaties in zorgketens in sterkere mate aan elkaar verbonden. Sommige auteurs laten deze toenemende verdichting en de eigenschappen van de netwerkcollectiviteit in de vorm van netwerktypologieën zien. Deze auteurs en de door hen benoemde eigenschappen van netwerkcollectiviteiten staan in deze paragraaf centraal.

De netwerktypologieën komen sterk overeen (zie figuur 3.7). In de typologieën komt steeds tot uitdrukking dat de bindingsintensiteit tussen de organisaties toeneemt, omdat organisaties de besluitvorming, besturing, beleidsvorming en het gezag over hun organisaties overdragen aan nieuwe organen, hun werk op basis van de activiteiten van het netwerk inrichten en omdat organisaties zich in toenemende mate gaan richten op de doelen en het werkgebied van het netwerk. Een netwerk in de meest verbonden vorm kenmerkt zich daardoor door het bestaan van gecentraliseerde besturende, beleidsvoorbereidende en besluitvormende organen, domeinconsensus, een gedeelde oriëntatie op de doelen van het netwerk en een strakke arbeidsverdeling tussen organisaties.

	relatief autonome organisaties		interorganisatiele netwerken en verbanden		interorganisatiele organisaties
Warren	social choice context	→	coalitional en federative context	→	unitary context
Haas en Drabek	simple exchange system	→	mediated en delegated system	→	hierarchical system
Edelman Bos	structuur met explicitering van besluitvorming zonder concentratie van uitvoering	→	structuren met combinaties van concentratie en zelfstandige besluitvorming, beleidsvoorbereiding en uitvoering	→	structuren met concentratie van gezamenlijke besluitvorming, beleidsvoorbereiding en uitvoering
Lehman	laterally linked configuration	→	mediated interorganisational configuration	→	interorganisational empire
Können	transactienetwerk en ongelaaagd besturingsnetwerk	→	intermediair netwerk, arbitragestructuur, totale personele unies	→	stelsels van instellingen
 <p>toenemende overdracht en concentratie beleidsvoorbereiding toenemende arbeidsverdeling aanwezigheid overkoepelende doelen, domeinconsensus, collectiviteitsoriëntatie, staforganen toenemende overdracht en concentratie van gezag, besluitvorming, leiding, beleidsvorming en controle</p>					

Figuur 3.7. Vorming en eigenschappen netwerken op basis van netwerktypologieën

Zo bespreekt Warren (1967) dat netwerken verschillen naar mate van centralisatie van gezag, mate van formalisatie van arbeidsverdeling en besluitvorming, mate van betrokkenheid bij overkoepelende doelen, mate van aanwezigheid van een collectiviteitsoriëntatie en overkoepelend leiderschapstelsel. Volgens Haas en Drabek (1973) en Lehman (1975:26-30) neemt de controle die organisaties over hun activiteiten hebben af naarmate het netwerk verder ontwikkeld wordt. Organisaties dragen de operationele en beleidsmatige beslissingen steeds meer over aan een overkoepelend orgaan. Uiteindelijk heeft dit orgaan bijna alle controle over de lidorganisaties en de macht, verantwoordelijkheden en bevoegdheden om te bepalen wat de lidorganisaties doen. Organisaties kunnen alleen controle uitoefenen als zij een plaats weten te bemachtigen in dit orgaan. Als alle leden van het orgaan afkomstig zijn uit één van de netwerkorganisaties dan worden de andere organisaties volledig gedomineerd door die organisatie. Lehman spreekt in dit verband over een empire, omdat 'an interorganizational field is dominated by a member-elite' (ibid.:30).

Edelman Bos (1980:123-135) belicht eveneens dat netwerken variëren naar de mate van structureren van de besluitvorming, besluitvoorbereiding en uitvoering. Bij de besluitvorming gaat het erom of de besluitvormingsmacht paritair verdeeld is, op basis van consensus en overlegprocedures plaatsvindt of uitbesteed is aan een besluitvormend orgaan met of zonder externe partijen. Structuren van netwerken zijn volgens hem ten tweede te onderscheiden naar de aan- of afwezigheid van een besluitvoorbereidend orgaan. Het structureren van de uitvoering kent drie vormen. De uitvoering van de activiteiten kan over de partners worden verdeeld, bij één van de partners worden neergelegd of bij een afzonderlijke uitvoerende organisatie worden ondergebracht. Edelman Bos voegt daaraan toe dat de netwerkvorming zich niet slechts rondom de ontwikkeling van deze structuren voltrekt. Ook cultuur, gegroeide onderlinge verhoudingen en doelcongruentie tussen organisaties spelen een rol. Netwerkstructureren is slechts mogelijk als zich tussen de partijen processen van consensusvorming over de relatie, de organisatiedoelen en de netwerkdoelen voltrekken. Volledige congruentie is echter onmogelijk. Netwerken zullen daarom altijd onvolledig geïnstitutionaliseerd zijn (Edelman Bos, 1980:123-125).

Können (1984:136-139) stelt tenslotte dat netwerken naar toenemende bindingsintensiteit verschillen in mate waarin de beïnvloeding tussen organisaties via contracten (contractuele netwerken) of personen (persoonlijke netwerken) verloopt. De contractuele binding tussen organisaties neemt ten eerste toe naar de mate waarin de uitvoering van meer activiteiten in aantal en typen contractueel zijn vastgesteld en activiteiten in een aparte stichting zijn ondergebracht (transactienetwerken). Ten tweede neemt deze toe naar de mate waarin de gezamenlijke planning van voorzieningen, afbakening van taken en coördinatie van activiteiten aan het netwerk zijn overgedragen (besturingsnetwerken). Naar de mate waarin organisaties middels personen aan elkaar verbonden zijn onderscheidt Können voorts vier vormen van personele unies: indirecte, directe, getrapte en totale. Bij indirecte personele unies hebben

bestuursleden van organisaties indirect contact (bijvoorbeeld beide zitting in bestuur van een derde). Bij directe personele unies zitten bestuursleden in elkaars besturen. Getrapte personele unies kenmerken zich door de vertegenwoordiging van een directielid van een organisatie in het bestuur van een andere organisatie. Zijn de besturen van twee verschillende instellingen identiek, dan is er een totale personele unie (Können, 1984:144-146). Persoonlijke en contractuele netwerken zijn volgens Können tenslotte vormen van samenwerking. Naast deze samenwerkingsvormen onderscheidt Können stelsels van instellingen als gefuseerde netwerkvormen. Naar bindingsintensiteit onderscheidt Können daarbinnen vier vormen van stelsels: 'het holdingmodel', 'het centraal bestuursmodel', 'het getrap directiemodel' en 'het centraal directiemodel'. Deze modellen onderscheiden zich naar de mate waarin de besturen en directies van de netwerkorganisaties behouden blijven of samengevoegd worden tot overkoepelende besturen en directies (Können, 1984:158-160).

Tot besluit

In dit hoofdstuk zijn verschillende theorieën besproken die inzicht geven in de wijze waarop zorgketenontwikkelingen zich voltrekken. Het accent lag in dit hoofdstuk op de selectie van theorieën, de inhoud van deze theorieën en de samenhang daartussen. Wat theorieën stellen over de wijze waarop de ontwikkeling van organisatorische verschijnselen verloopt en bestudeerd kan worden, stond als vraag centraal. De beschreven theorieën bieden tezamen een veelheid aan concepten om de ontwikkeling van zorgketens te beschrijven en te verklaren. Besproken is dat deze concepten soms strijdig zijn met elkaar, soms overeenkomstig zijn aan elkaar en soms aanvullend zijn op elkaar. In het volgende hoofdstuk staat centraal hoe deze inzichten in samenhang zijn gebruikt om de ontwikkeling van zorgketens te analyseren.

Theoretisch conceptueel model en methodologie

4.1 Inleiding

De theorieën, die in de hoofdstukken 2 en 3 zijn beschreven, bieden alle inzicht in de wijze waarop de ontwikkeling van zorgketens verloopt. In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 4.2 besproken hoe de inzichten zijn samengebracht tot een theoretisch conceptueel model. In paragraaf 4.3 staat centraal hoe het conceptuele model leidraad is geweest in het empirisch onderzoek en hoe het onderzoek methodologisch is opgezet.

4.2 Het theoretisch conceptuele model

De ontwikkeling van zorgketens is in deze studie geconceptualiseerd als een institutionaliseringsproces. Het wordt als een proces gezien waarbij actoren hun autonome organiserenwijzen verruilen voor het organiseren met zorgketens. In dit proces beïnvloeden actoren en structuren elkaar continu wederzijds. Actoren ontwikkelen zorgketenstructuren en deze structuren bepalen het handelen van actoren. De structuurveranderingen leiden daardoor tot veranderingen in het handelen van actoren. De ontwikkeling van zorgketens als institutionaliseringsproces wordt daarom niet alleen geconceptualiseerd als een circulair proces waarbij actoren en structuren elkaar wederzijds beïnvloeden en bepalen, maar ook als een lineair proces van veranderende structuren en handelingspatronen van actoren.

Actoren, structuren en institutionaliseringsprocessen vormen de kernelementen van het model. In deze paragraaf wordt besproken hoe deze elementen en de relaties daartussen op basis van de theoretische inzichten zijn ingevuld. In de paragrafen 4.2.1 tot en met 4.2.3 wordt hiertoe beschreven hoe de inzichten uit de voorgaande hoofdstukken zijn gebruikt. In paragraaf 4.2.4 wordt het theoretisch conceptueel model van deze studie gepresenteerd.

4.2.1 De conceptualisering van institutionaliseringsprocessen

Om de ontwikkeling van zorgketens als een institutionaliseringsproces te duiden is zowel gebruik gemaakt van institutionele- als interorganisatiele theorieën.

Processen van veranderen en overnemen van instituties

Naar inzichten uit institutionele theorieën wordt de ontwikkeling van zorgketens gezien als een proces dat gestuurd wordt door instituties uit de omgeving en instituties die actoren creëren. Institutionaliseringsprocessen verwijzen vanuit dit perspectief naar processen van verandering van instituties en processen van diffusie en behoud van instituties. Zorgketens ontstaan, omdat in de zorgsector nieuwe wetten, regels, opvattingen, normen en beelden opkomen over de wijze waarop zorg georganiseerd en geleverd moet worden. De autonome organiserwijzen passen niet bij deze instituties. Organisaties ontwikkelen zorgketens met nieuwe structuren, culturen en handelwijzen om aan te kunnen sluiten bij deze instituties. Zorgketens ontstaan tevens, omdat actoren nieuwe instituties bedenken, uitdragen en delen. Actoren ontwikkelen de nieuwe structuren, culturen en handelwijzen, omdat zij het met elkaar eens worden dat het werk op deze wijze georganiseerd, benaderd en uitgevoerd moet worden. Er ontstaan steeds meer zorgketens, omdat actoren het organiseren in zorgketens als de na te volgen organiserpraktijk gaan zien. Zorgketens worden zelf instituties en de ontwikkeling van zorgketens voltrekt zich als een isomorphisch proces over de zorgsector.

Processen van verdichting van netwerken

Institutionele theorieën belichten echter niet hoe structuren, culturen en interactiepatronen veranderen. Om dit te belichten wordt gebruik gemaakt van interorganisatiele theorieën. Institutionaliseringsprocessen worden naar deze theorieën gezien als een proces van toenemende binding tussen actoren. De ontwikkeling van zorgketens voltrekt zich naar deze conceptualisering langs drie processen van binding: processen van structuurvorming, cultuurvorming en sociale integratie. Processen van structuurvorming verwijzen naar processen waarbij actoren zich met structuren aan elkaar verbinden. Taken, functies en werkzaamheden worden op elkaar afgestemd met structuren. Processen van cultuurvorming zijn processen waarbij actoren aan elkaar verbonden raken door de ontwikkeling van een gemeenschappelijk aanvaard cultuurpatroon. Processen van sociale integratie duiden op processen waarbij de onderlinge verhoudingen van actoren een positief karakter krijgen. Zorgketens worden als resultaat van deze processen gezien als netwerken met nieuwe structuren, sociale verhoudingen tussen actoren en culturen van actoren.

Processen van wederzijdse beïnvloeding

De dynamiek die zich tussen actoren en structuren voltrekt, wordt in theorieën verschillend geconceptualiseerd. Sommige theoretici gaan uit van een dialectische dynamiek, waarbij actoren en structuren elkaar continu wederzijds beïnvloeden, zonder dat daarin enig patroon te onderscheiden is. Er zijn ook theoretici die in de dialectiek een volgtijdelijke fasering zien. Processen van structuurvorming, cultuurvorming en sociale integratie volgen elkaar volgens een vast patroon sequentieel op. Tenslotte zijn er theoretici die menen dat de ontwikkeling op een uitgebalanceerde wijze verloopt. Processen van structuurvorming, cultuurvorming en sociale integratie voltrekken zich alle tegelijk, maar altijd in een zekere gelijke mate. Gegeven

de verschillende inzichten is het een vraag of de ontwikkeling van zorgketens gepaard gaat met een chaotische, een volgtijdelijke of een uitgebalanceerde procesgang. Om deze reden zijn de processen alleen als elkaar wederzijds beïnvloedend geconceptualiseerd, zonder hiermee enige andere vorm van interne logica voor te staan.

Processen van begrenzing van de ontwikkeling

De ontwikkeling van zorgketens wordt voorts gezien als een proces, dat zich nooit volledig zal voltrekken. Zorgketens zullen altijd partieel geïnstitutionaliseerd zijn. Naar inzichten uit de institutionele theorie wordt het institutionaliseringsproces gezien als een proces waarbij actoren tegelijkertijd oude instituties behouden of afbreken en nieuwe instituties overnemen en borgen. Oude en nieuwe instituties zijn in zorgketens altijd tegelijkertijd aanwezig. Niet alle actoren nemen daarbij de nieuwe instituties over. In de zorgsector zullen dan ook niet alle actoren zich aanpassen aan veranderende wet- en regelgeving, opvattingen, normen en beelden. De ontwikkeling van zorgketens zal zich niet over de gehele zorgsector voltrekken en in zorgketens zullen niet alle structuren, culturen en interactiepatronen veranderen.

Naar inzichten uit de interorganisatiele theorie wordt de ontwikkeling van zorgketens gezien als een proces waarbij actoren zich niet alleen aan elkaar verbinden, maar ook de ongebondenheid tussen hen trachten te behouden of juist bewerkstelligen. In zorgketens voltrekken zich met andere woorden naast processen van structuurvorming, cultuurvorming en sociale integratie zowel processen waarbij de bestaande structuren, culturen en sociale verhoudingen behouden blijven als processen waarbij actoren juist ongebonden aan elkaar raken. In zorgketens zijn coördinatie en afstemming, gedeelde cultuurpatronen en positieve relaties daardoor zowel aanwezig als afwezig.

In deze studie wordt met de term integratie verwezen naar het bestaan van binding, gedeeldheid en gelijkheid in zorgketens. Met de term fragmentatie wordt verwezen naar de aanwezigheid van ongebondenheid, ongedeeldheid en ongelijkheid in zorgketens.

4.2.2 De conceptualisering van de rol van actoren

Actoren worden gezien als organisaties en als professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten, die handelen op basis van hun doelen, belangen, macht en middelen en met hun handelen de ontwikkeling van zorgketens bevorderen of belemmeren.

Volgens institutionele inzichten beïnvloeden de heersende instituties hoe actoren handelen. Instituties bepalen de doelen, belangen, macht en middelen van actoren en hetgeen legitiem is. Om aan macht en middelen te komen sluiten actoren zich bij instituties aan, veranderen actoren instituties en verzetten actoren zich tegen een verandering van instituties. Actoren organiseren zich naar institutionele inzichten ten eerste in zorgketens als het moet, wenselijk

is of de conventionele manier van doen is en het hen daarom macht en middelen verschaft. Actoren ontwikkelen echter ook zorgketens als de heersende instituties hen geen macht en middelen verschaffen. Om aan macht en middelen te komen zetten zij zich in voor het veranderen van de heersende instituties en de organiserpraktijken die daarbij horen. Actoren verzetten zich daarentegen tegen het ontwikkelen van zorgketens als zij hun macht en middelen ontnemen aan hun autonome wijze van organiseren.

Volgens interorganisatiele inzichten beïnvloedt de interdependentie tussen actoren hoe actoren handelen. Op een bepaald moment in de tijd kenmerkt de zorgsector zich door de aanwezigheid van bepaalde doelen en belangen van actoren en een bepaalde verdeling van macht en middelen onder hen. Om hun doelen te bereiken zijn actoren gegeven deze verdeling en hun behoeften aan macht en middelen afhankelijk van elkaar. Actoren handelen om deze interdependentie te reguleren. Hoe actoren hun interdependentie reguleren beïnvloedt de vorming van netwerken. Actoren ontwikkelen vanuit dit perspectief zorgketens als de interdependentie symbiotisch is en actoren met elkaar gaan samenwerken. Symbiotische interdependentie en de daaruit voortvloeiende samenwerking en gelijkgezindheid gaan met structurele, culturele en sociale integratie gepaard. Het ontwikkelen van zorgketens vindt echter niet plaats als de interdependentie competitief is en actoren met elkaar gaan concurreren of in conflict raken met elkaar. Competitieve interdependentie gaat dan met structurele, culturele en sociale fragmentatie gepaard. Op de langere termijn kan een zorgketen hierdoor uiteenvallen. Competitieve interdependentie werkt echter ook bevorderend. Het kan juist een drijfveer zijn voor actoren om doelen, handel- en organiserwijzen te veranderen.

De interdependentie wordt enerzijds gezien als resultante van de eigenbelangen en doelen van actoren. Actoren ontwikkelen zorgketens als zij daarmee hun eigen doelen en belangen kunnen behartigen. De afhankelijkheid tussen actoren wordt anderzijds gezien in het licht van het ontstaan van een gedeeld gemeenschappelijk doel. Actoren ontwikkelen zorgketens als zij het eens worden met elkaar dat zij gezamenlijk de doelen en belangen van zorgketens behoren na te streven en daartoe afhankelijk van elkaar zijn. Samenwerking, gelijkgezindheid, concurrentie en conflict worden tenslotte noch als onveranderlijke interactiepatronen gezien, noch als elkaar wederzijds uitsluitende. Zo leiden nieuwe doelen en belangen tot nieuwe behoeften aan macht en middelen, nieuwe machts- en middelenverdelingen en nieuwe handelswijzen. Nieuwe machts- en middelenverdelingen leiden tot nieuwe doelen, belangen, behoeften en handelswijzen. Nieuwe handelswijzen leiden tot nieuwe doelen, belangen, behoeften aan en verdelingen van macht en middelen, waardoor actoren door te handelen continu nieuwe condities scheppen om te gaan handelen. Samenwerking, gelijkgezindheid, concurrentie en conflict beïnvloeden weliswaar de ontwikkeling van zorgketens, maar de ontwikkeling van zorgketens leidt zelf tot samenwerking, gelijkgezindheid, concurrentie en conflict onder actoren. In zorgketens zijn alle interactiepatronen daardoor aanwezig.

4.2.3 De conceptualisering van de ontwikkeling van structuren

De conceptualisering van de ontwikkeling van structuren voor zorgketens wordt ontleend aan systeemtheoretische inzichten uit interorganisationale theorieën en de Verenigde Staten. Beide gaan uit van de gedachte dat er structuren worden ontwikkeld, die de taken, functies en werkzaamheden van organisaties aan elkaar verbinden. Deze verbinding voltrekt zich langs het implementeren van persoonlijke en onpersoonlijke coördinerende mechanismen, eenduidige systemen, besturende organen en stafafdelingen.

De inzichten uit de Verenigde Staten bieden hierop belangrijke aanvullingen. Daarin wordt een onderscheid gemaakt tussen vier niveaus waarop structuren worden ontwikkeld: het niveau van het management, de functionele eenheden, de artsen¹ en de klinische processen. De integratie van bestuur en management verwijst naar het coördineren, afstemmen en samenvoegen van alles wat betrekking heeft op de besturing van, de controle op en het leiding geven aan de zorgketen. Functionele integratie heeft betrekking op het coördineren, afstemmen en samenvoegen van alle ondersteunende functies, zoals financiën, beleid en kwaliteitszorg. Klinische integratie behelst het coördineren en afstemmen van het uitvoerende werk van professionals.

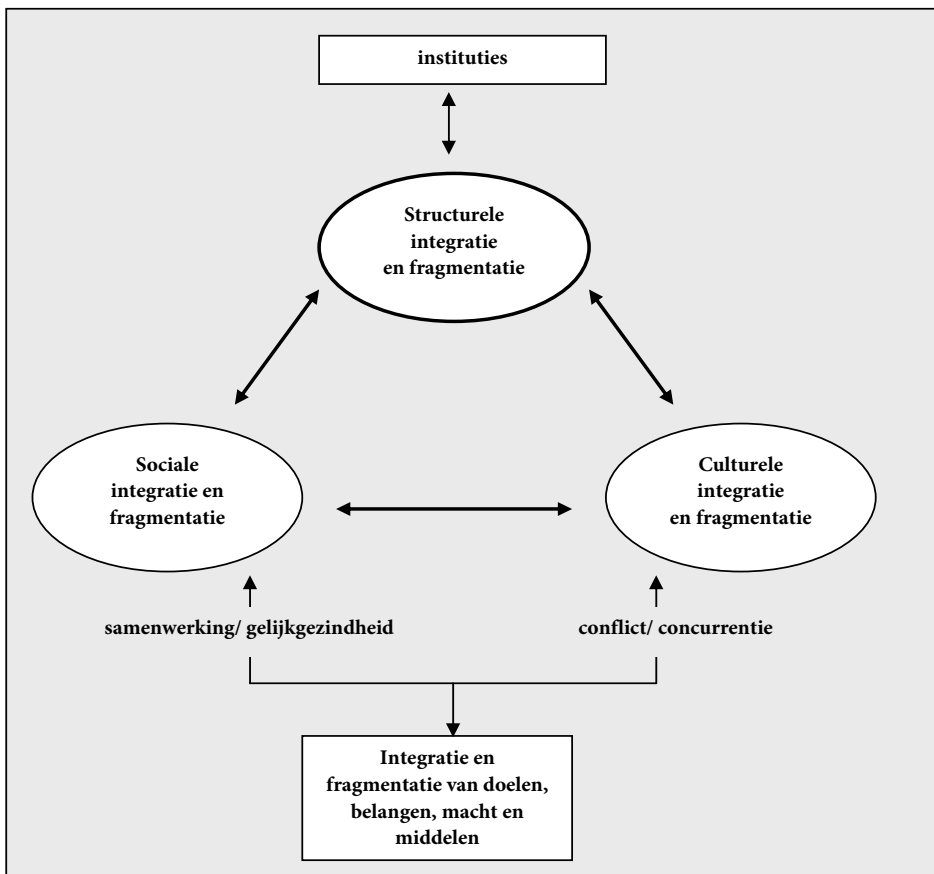
Belangwekkend is ten eerste dat in tegenstelling tot interorganisationale theorieën gesteld wordt dat op ieder niveau andere coördinatiemechanismen worden geïmplementeerd en dat de dynamiek bij het coördineren daarom per niveau kan verschillen. Van belang is voorts dat gesteld wordt dat het niet alleen gaat om coördinatie en afstemming op deze niveaus, maar ook tussen deze niveaus. Zorgketenontwikkelingen gaan bijvoorbeeld niet alleen gepaard met integratie van het management op zich, maar ook met het integreren van het management met bijvoorbeeld de ondersteunende diensten. De gedachte hierbij is dat klinische integratie centraal staat. Het bestuur, management en de ondersteunende diensten moeten met de klinische processen worden gestroomlijnd om een continuüm van zorg te kunnen leveren. Interorganisationale theorieën benadrukken deze gedachte niet. De theorieën uit de VS hierover zijn daarom gebruikt. Klinische integratie is in deze studie echter verbreed tot integratie van het primaire proces. De reden hiervoor is dat het ziekenhuis en de cure centraal staan in de inzichten uit de VS. In Nederland voltrekt de ontwikkeling van zorgketens zich echter ook sterk in de care-sector en op het grensvlak van cure en care. De gerichtheid op de cure is verbreed met een aandacht voor het gehele continuüm aan care en cure en gedefinieerd als

1. Met arts-systeem integratie wordt bedoeld op de verbinding van artsen aan de zorgketen. Als concept voor structuurontwikkelingen is de arts-systeem integratie niet overgenomen. Ten eerste, omdat een deel van de voorgestane integratie specifiek geldt voor de dynamiek tussen ziekenhuizen en artsen in de Verenigde Staten en niet relevant is voor Nederland. Ten tweede, omdat een eenzijdige aandacht voor artsen als een omissie wordt beschouwd. Behalve artsen zijn ook vele andere medewerkers in een zorgketen werkzaam. Ten derde omdat de integratiedynamiek reeds terug te vinden is in de concepten over sociale en culturele integratie en de invloed van actoren en interactiepatronen.

integratie van het primaire proces. Op het niveau van de primaire processen staat de ontwikkeling van ketentrajecten centraal.

4.2.4 Een model voor de ontwikkeling van zorgketens

Bovenstaande inzichten vormen de basis voor het theoretisch conceptuele model van deze studie (zie figuur 4.1). Het model conceptualiseert dat de ontwikkeling van zorgketens gepaard gaat met veranderende structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen. Deze aspecten beïnvloeden elkaar wederzijds. In het model staat centraal dat actoren structuren ontwikkelen om de werkzaamheden in de organisaties van de zorgketen zodanig op elkaar af te stemmen dat de doelen van de zorgketen behaald worden. Zij werken met elkaar samen om de doelen te bereiken. Actoren zetten hiertoe de belangen, macht en middelen van de zorgketen centraal. Zij ontwikkelen nieuwe sociale verhoudingen en culturen om te borgen dat in het belang van de zorgketen gehandeld wordt. In zorgketens is echter altijd sprake van samenwerking, gelijkgezindheid, concurrentie en conflict, omdat actoren rekening houden met hun eigenbelangen,



Figuur 4.1. Theoretisch conceptueel model

macht en middelen, sociale verhoudingen en culturele tradities. De ontwikkeling gaat daarvoor gepaard met processen van structurele, culturele en sociale integratie en fragmentatie en processen van integratie en fragmentatie van belangen, macht en middelen. Deze processen voltrekking zich zowel op als tussen het niveau van het management en bestuur, het niveau van de ondersteunende diensten en het primaire procesniveau.

Zorgketens raken door deze processen partieel geïnstitutionaliseerd. Naast afstemming, positieve relaties en gedeelde belangen en culturen kenmerken zorgketens zich door de aanwezigheid van ongebondenheid, negatieve sociale relaties en verdeeldheid. In zorgketens is op een bepaald moment in de tijd altijd sprake van een zekere mate van integratie en fragmentatie.

Processen van structurele integratie en fragmentatie zijn processen waarbij afstemming tussen taken, functies en werkzaamheden van organisaties en beroepsbeoefenaren respectievelijk wordt gerealiseerd en doorbroken. Structurele integratie en fragmentatie duiden op de aanwezigheid en afwezigheid van afstemming tussen de verschillende onderdelen en medewerkers in de zorgketen.

Processen van culturele integratie en fragmentatie zijn processen, waarbij de waarden, normen, werk- en benaderingswijzen en symbolen van actoren respectievelijk gaan overeenstemmen en uiteenlopen. Culturele integratie en fragmentatie duiden respectievelijk op de aanwezigheid en afwezigheid van een gemeenschappelijk gedeeld cultuurpatroon.

Processen van sociale integratie en fragmentatie zijn processen, waarbij de sociale verhoudingen tussen actoren respectievelijk positief en negatief geïntensiveerd raken. Sociale integratie en fragmentatie verwijzen respectievelijk naar de aanwezigheid van positieve en negatieve sociale verhoudingen onder actoren.

Processen van integratie en fragmentatie van doelen, belangen, macht en middelen zijn processen, waarbij de doelen, belangen, macht en middelen van actoren respectievelijk overeenstemmen en uiteenlopen. Integratie en fragmentatie van belangen, macht en middelen duiden op de aanwezigheid van respectievelijk consensus en dissensus over doelen, belangen, machts- en middelenverdeling.

Hoe meer concurrentie, conflict en tegenstrijdigheden hoe meer fragmentatie ontstaat tussen de actoren in de zorgketen. Hoe meer samenwerking en gelijkgezindheid, hoe meer integratie tot stand komt. Processen van integratie gaan omgekeerd met samenwerking en gelijkgezindheid gepaard, terwijl processen van fragmentatie tot conflict en concurrentie leiden.

Alle processen worden beïnvloed door de heersende instituties. Deze bepalen welke doelen, organisatievormen en handelwijzen op een bepaald moment als meest legitiem, efficiënt

en effectief worden geacht, alsmede hoe de verdeling van bronnen, macht en middelen is. Veranderingen in instituties en de mate van aansluiting van actoren bij de instituties bepalen eveneens of en hoe zorgketens worden ontwikkeld.

De processen voltrekken zich tenslotte zowel onder een selecte groep organisaties als onder alle organisaties in de zorgsector. Op het niveau van de zorgsector kenmerkt de ontwikkeling van zorgketens zich door zich voltrekkende isomorphische processen, ofwel processen waarbij organisaties zich steeds meer in zorgketens gaan organiseren.

4.3 Methodologie

De relatie tussen empirie en theorie wordt in deze studie gekenmerkt door het uitgangspunt dat een analyse van theorie inzichten biedt in de wijze waarop empirische verschijnselen zich voltrekken en daarmee handvatten biedt voor de bestudering en het begrijpen van die empirie, maar dat de empirie bepaalt welke theorieën van belang zijn en hoe de concepten en relaties daartussen nader ingevuld moeten worden. De concepten uit het theoretisch conceptueel model en de relaties daartussen zijn dan ook leidraad geweest voor het empirisch onderzoek. Hoe deze concepten en de relaties tussen de concepten specifiek voor zorgketens ingevuld kunnen worden is onderwerp geweest van een kwantitatief en kwalitatief empirisch onderzoek. Leidende vragen van het empirische onderzoek waren:

- Of en hoe voltrekken processen van structurele, culturele en sociale integratie en fragmentatie en processen van integratie en fragmentatie van doelen, belangen, macht en middelen zich in zorgketens op de niveaus: bestuur, management, ondersteunende diensten en primaire processen?
- Welke structuren, culturen en sociale verhoudingen worden ontwikkeld?
- Op basis van welke doelen, belangen, macht en middelen handelen actoren en op welke wijze handelen zij?
- Wat is de relatie tussen alle processen?

In het onderzoek is de ontwikkeling van structuren centraal gesteld. Het accent lag op het achterhalen van structuurveranderingen, de invloed van belangen, sociale verhoudingen en culturen daarop en de wijze waarop belangen, sociale verhoudingen en culturen veranderen door het ontwikkelen van structuren.

4.3.1 Het kwalitatieve onderzoek: de case study

De wijze waarop de ontwikkeling van zorgketens verloopt is een nog weinig ontgonnen onderzoeksgebied. Om deze reden is op kwalitatieve wijze geëxploreerd hoe deze zich voltrekt. In het kwalitatieve deel ligt het accent op het blootleggen en verdiepen van de processen die gepaard gaan met de ontwikkeling van een selecte groep organisaties tot een zorgketen. Met het kwalitatieve onderzoek is beoogd de concepten uit het theoretisch kader betekenis te geven

en te operationaliseren. Doel van het kwalitatieve onderzoek is tevens geweest om de relaties tussen de concepten te achterhalen.

In de concepten worden vier aspecten centraal gesteld: structuren, culturen, sociale verhoudingen en de belangen, macht en middelen van actoren. In deze studie is voor een aspectbenadering gekozen om de inhoud van deze aspecten, de invloed van deze aspecten en de wijze waarop deze veranderen in de diepte te kunnen bestuderen. Het aspect structuren is onderzocht door te bestuderen welke taken, bevoegdheden, besturende organen, coördinatiemechanismen, voorzieningen en stafdelingen worden ontwikkeld op het niveau van het management, de ondersteunende diensten en de ketentrajecten. Het aspect cultuur is onderzocht door de normen, waarden en de benaderingswijzen van actoren te achterhalen en door te bestuderen welke normen, waarden, benaderingswijzen en symbolen in zorgketens centraal worden gesteld. De sociale verhoudingen tussen actoren zijn onderzocht door te bestuderen wat relaties tussen actoren positief of negatief maakt. De belangen, macht en middelen zijn onderzocht door te bestuderen welke belangen, soorten macht en middelen de verschillende actoren hebben. Managers, medewerkers van de ondersteunende diensten en zorgprofessionals worden als actoren onderscheiden.

Als methode is voor de case study gekozen. Met een case study kon in de diepte worden bestudeerd welke structuren, belangen, macht, middelen, sociale verhoudingen en culturen aanwezig zijn in de cases, hoe al deze veranderen en of de inhoud en veranderingen naar case verschillen. Met een case study was het tevens mogelijk om te onderzoeken hoe structuren, belangen, macht, middelen, sociale verhoudingen en culturen elkaar wederzijds beïnvloeden in een case en of de aard van de invloed naar case verschilt.

4.3.1.1 Cases en analyseniveaus

In deze studie is meer specifiek voor een 'embedded multiple casestudy' gekozen (Yin, 1984: 41-46). Bij dit ontwerp worden meerdere cases en binnen deze cases een 'larger unit of analysis' en 'subunits of analysis' onderzocht. In deze studie is de zorgketen als concern de larger unit of analysis. Als subunits van analysis worden het niveau van het management, de ondersteuning en de primaire processen (ketentrajecten) onderscheiden. Volgens Yin (ibid) is een embedded multiple casestudy geëigend wanneer een analyse van verschillende eenheden het beter mogelijk maakt om het onderzoeksverschijnsel te beschrijven en wanneer theorie het belang van de subeenheden in relatie tot de bredere analyse-eenheid benadrukt. Omdat theoretici stellen dat de ontwikkeling van zorgketens zich langs en tussen het niveau van het bestuur en management, het niveau van de ondersteunende diensten en het niveau van de primaire processen voltrekt is deze case study-vorm toepasbaar geacht. Onderzoek op al deze niveaus en onderzoek naar de relaties tussen de niveaus is nodig.

	Carint	Pantein	Rivas Zorggroep
ziekenhuis		1	1
verpleeghuizen	2	2 + 3 dependances	5
verzorgingshuizen	8	7	4
stichtingen welzijn ouderen	4	1	
thuiszorg	1		1
woningcorporatie		1	
populatie	230.000	125.000	250.000
medewerkers	3500	2300	5000

Tabel 4.1. Kenmerken cases

De cases zijn op basis van twee criteria geselecteerd. De mate van ontwikkeling van een zorgketen is het eerste selectie criterium. De onderzochte zorgketens zijn geselecteerd op basis van de stappen die zij hebben ondernomen in het ontwikkelen van ketentrajecten en in het koppelen en afstemmen van hun besturen, management en ondersteunende diensten. Gedachte hierachter is dat cases meer informatie verschaffen naar de mate waarin zij zich in een verder gevorderd stadium bevinden. Ten aanzien van de ketentrajecten is gekozen voor het ketentraject wonen, zorg en welzijn voor ouderen en het ketentraject zorg en behandeling aan CVA-patiënten (Cardio Vasculair Accident, beroerte). Reden voor het kiezen van twee ketentrajecten is dat daarmee onderzocht kan worden of de ontwikkeling van ketentrajecten verschillend verloopt. Het bekijken van slechts één traject zou geen recht doen aan deze potentiële verscheidenheid. Een tweede reden is dat verwacht mag worden dat de vele ketentrajecten in samenhang bepalen hoe het management en de ondersteuning georganiseerd worden. Het isoleren van één ketentraject maakt het onmogelijk om eventuele interfererende invloeden te achterhalen. Redenen om het CVA-traject en het ouderentraject te selecteren zijn dat beide veel aandacht hebben gekregen en daarom sterk ontwikkeld zijn en dat beide gegeven de doelgroep en betrokken partijen verschillend zijn.

De zorgketens zijn ten tweede geselecteerd op basis van het aantal en typen organisaties in de zorgketen. Hiermee is beoogd een breed scala aan typen ontwikkelingen te dekken. De twee ketentrajecten stonden hiertoe centraal. Thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, stichtingen welzijn ouderen en woningcorporaties zijn de belangrijkste partijen bij het vormgeven van ketentrajecten wonen, zorg en welzijn voor ouderen. Bij het CVA-ketentraject zijn ziekenhuizen naast genoemde organisaties essentiële partijen. De geselecteerde zorgketens variëren in de mate waarin zij deze organisaties in hun concern verenigen.

Drie zorgketens zijn geselecteerd en wel Rivas Zorggroep in Gorinchem en omstreken, Carint in Hengelo en omstreken en Pantein in Boxmeer en omstreken (zie tabel 4.1 en bijlage 1).

4.3.1.2 Het onderzoeken van gebeurtenissen in het heden, recente en verre verleden

De ontwikkelperiode van zorgketens bestrijkt veelal vele jaren. Het is een vraag hoe met het onderzoek valide inzichten over het verleden kunnen worden verkregen. Yin (1984:17) zegt hierover dat de casestudy methode te gebruiken is wanneer 'waarom' en 'hoe' vragen centraal staan, er geen te controleren 'behavioral events' zijn en wanneer de focus op hedendaagse gebeurtenissen ligt. Yin bespreekt echter niet hoe groot de tijdsperiode van heden tot verleden mag zijn. Ten tweede stelt hij dat een casestudy ongeschikt is als er geen personen meer leven, die retrospectief kunnen vertellen over de gebeurtenissen. Yin belicht echter niet of een case study de juiste methode is als personen nog wel retrospectief kunnen vertellen. Zwaan (1990:70-75) stelt de longitudinale case study als methode voor als gebeurtenissen over een langere periode onderzocht moeten worden. De case wordt in dit design op meerdere momenten in de tijd bekeken. Een meervoudige gevalstudie is volgens hem ook geschikt. Hierbij worden cases geselecteerd die zich in een verschillende ontwikkelfase bevinden. Een ceteris paribus is hierbij van groot belang (Swanborn, 1996: 66). Volgens Swanborn (1996: 22) is het ook mogelijk dat 'achteraf informatie over ontwikkelingen in die periode wordt verzameld'. Enige voorzichtigheid acht hij hierbij nodig, omdat herinneringen van respondenten vervaagd en vertekend kunnen zijn.

Voor dit laatste is gekozen. De longitudinale studie en de meervoudige gevalstudie zijn problematische designs voor deze studie. Een longitudinaal design vereist dat het onderzoek zich over de onmogelijke periode van soms wel 15 jaar moet uitstrekken. Ten tweede is het niet mogelijk om de ontwikkeling van een zorgketen vanaf de start te volgen, omdat pas gaandeweg helder wordt dat een zorgketen ontstaat. De meervoudige gevalstudie is om deze reden ook problematisch. Ten tweede beoogt het onderzoek juist ontwikkelingen bloot te leggen. Onbekendheid met deze precieze fasen, maakt het noch mogelijk om deze als selectiecriteria te hanteren, noch om cases op de ontwikkelfase na, vergelijkbaar te laten zijn.

Om de betrouwbaarheid te verhogen zijn methodologische toetsmogelijkheden ingebouwd en inhoudelijk keuzes gemaakt. Controle op de verkregen data en interpretatie van de data is verkregen door middel van triangulatie, feedback van participanten, member checks, aansluiting bij literatuur en peer debriefing (Wester, 1991: 186-188). De ontwikkeling van beide ketentrajecten is daarnaast bij één zorgketen gedurende 1,5 jaar gevolgd. In deze periode zijn projectgroepvergaderingen van de ontwikkelteams bijgewoond, interviews afgenomen en informele gesprekken gehouden met projectmanagers, projectdeelnemers en andere belanghebbenden. Het longitudinaal volgen van deze trajecten heeft een verdiepend inzicht geboden in de ontwikkeling van ketentrajecten en de invloed daarvan op de andere niveaus. Deze inzichten zijn gebruikt om het onderzoek zo valide mogelijk op te zetten en te beoordelen. De ontwikkeling van de concerns zijn daarbij tweemaal onderzocht. Tussen beide momenten zat een interval van anderhalf jaar.

Inhoudelijk is meer nadruk gelegd op recente ontwikkelingen. Ten tweede is er niet voor gekozen om geschiedenissen langs een tijdsas te reconstrueren, maar om ontwikkelingen met een aspectbenadering te belichten. Niet de stappen in het proces met alle daarbij behorende beslissingen, motieven, politieke spelen en dergelijke zijn centraal gesteld, maar de ontwikkelingen in structuren, belangen, macht, middelen, sociale verhoudingen en culturen. Er is niet onderzocht hoe structuren, belangen, macht en middelen, sociale verhoudingen en culturen elkaar op ieder moment beïnvloeden, maar of in de invloed patronen te herkennen zijn. Er is bijvoorbeeld niet bestudeerd welke belangen er precies bij iedere beslissing waren en welke invloed die belangen op dat moment hadden. Er is wel onderzocht of belangen in de loop van de jaren van een andersoortige aard zijn geworden, of belangen volgens een vast patroon veranderen en of belangen ontwikkelingen volgens een vast patroon beïnvloeden.

4.3.1.3 Selectie respondenten, dataverzameling en -analyse

Naast genoemde observaties van de ketentrajecten zijn data met documentenanalyses en interviews verzameld. Vanwege het onderscheiden van de niveaus bestuur, management, ondersteunende diensten en ketentrajecten zijn documenten (beleidsstukken, jaarverslagen, folders, nieuwsbrieven, Internetwebsites, vergaderstukken en notities) over ontwikkelingen op deze niveaus geanalyseerd (zie geraadpleegde literatuur documentenanalyses). Voorts zijn op al deze niveaus interviews gehouden. Respondenten betroffen bestuurders, middle-managers, afdelingshoofden en zorgprofessionals (zie bijlage 2).

Belangrijkste criterium bij de keuze voor respondenten is dat zij sleutelfiguren waren bij de ontwikkelingen. Ten tweede dienden de respondenten tezamen de belangrijkste betrokken partijen te vertegenwoordigen (zie bijlage 2 voor explicitering criteria). Niet alle aan het ketentraject verbonden organisaties zijn echter onderdeel van de zorgketens. Om de ontwikkeling van een ketentraject afdoende te kunnen belichten zijn tenslotte ook medewerkers uit deze organisaties als respondenten geselecteerd.

Gegeven het theoretisch conceptuele model is steeds gevraagd welke structuren, belangen, macht en middelen, sociale verhoudingen en culturen er nu zijn en vroeger waren en welke wijzigingen hierin hebben plaatsgevonden, alsmede waarom en hoe de ontwikkeling verlopen is (zie bijlage 3). Ook is bevraagd hoe deze aspecten elkaar beïnvloeden. De interviews hadden de vorm van open interviews en een duur van één tot twee uur. Er zijn 112 interviews afgenomen

De analyse van het verzamelde materiaal heeft eerst per case plaatsgevonden. Van de interviews is een transcript gemaakt. Per aspect is opgeschreven wat de geïnterviewden hierover hebben gesteld en wat daarover in de documenten is beschreven. Binnen een aspect is vervolgens naar subaspecten en verbanden tussen de aspecten gezocht. Hierbij is steeds onderzocht wat de geïnterviewden over een aspect vertellen, alsmede wat in documenten wordt gesteld en welke overeenkomsten en verschillen er zijn in hetgeen de geïnterviewden hebben gezegd

en hetgeen er in documenten is beschreven. Ook is bekeken of de geïnterviewden nieuwe aspecten aandroegen. Bij de analyse is steeds teruggegrepen naar de theoretische concepten die ten grondslag liggen aan het onderzoek. Vervolgens zijn de verschillende cases tegen elkaar uitgezet, teneinde overeenkomsten en verschillen bloot te leggen.

De resultaten zijn per case in de vorm van caserapportages teruggekoppeld aan de respondenten. Met een selectie van hen zijn de caserapportages uitgebreid besproken. Daarnaast zijn resultaten halverwege het onderzoek met bestuurders van de geselecteerde zorgketens en bestuurders van niet geselecteerde zorgketens besproken om de validiteit te verhogen.

4.3.2 Het kwantitatieve onderzoek

Met het kwantitatieve deel van het onderzoek is de ontwikkeling van zorgketens in de zorgsector in kaart gebracht (zie ook bijlage 4). De vorming van zorgketens in de sector ouderenzorg stond centraal, omdat de zorgketenvorming zich het meest in deze sector voltrekt. Als tijdspanne is gekozen voor de jaren 1998-2004. Er waren geen valide gegevens beschikbaar over de zorgketenvorming vóór deze periode.

Voor de periode 1998-2004 is voor ieder verzorgingshuis, verpleeghuis en thuiszorgorganisatie in Nederland achterhaald en bijgehouden of deze in de onderzochte jaren gefuseerd is of is gaan fuseren en zo ja met wie. Fusies met verzorgingshuizen, verpleeghuizen, ziekenhuizen, thuiszorginstellingen, GGZ-instellingen, stichtingen welzijn ouderen en eerstelijns professionals zijn alle geïnccludeerd. Data over de capaciteit van verzorgingshuizen en verpleeghuizen zijn hierbij eveneens verzameld om uitspraken te kunnen doen over de omvang van zorgketens.

Voor de dataverzameling zijn gebruikt: fusievermeldingen en advertenties in kranten (NRC en de Volkskrant), fusievermeldingen en artikelen over organisaties in vakliteratuur (Zorgvisie, Zorg en Ondernemen, Ouderenzorg, VDB Magazine, Denkbeeld, ZM Magazine, HMF en nieuwsbrieven behorende bij deze tijdschriften), de adressengids Ouderenzorg en internetwebsites van zorgorganisaties. Om gegevens over ziekenhuizen, GGZ-instellingen en professionals uit de eerstelijns te achterhalen is tevens gebruik gemaakt van het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM.

Voor ieder jaar in de periode 1998-2004 is een database gebouwd met de naam van de instellingen, het concern en de stichting waaronder de instellingen ressorteren, het soort fusie (zie hoofdstuk 5) en de capaciteit. Deze databases vormen de basis van de analyses (zie bijlage 4 voor uitgebreide beschrijving opbouw databases en analyses). De databases zijn gedurende de loop van het gehele onderzoek bijgewerkt en bijgesteld. Voor iedere nieuw ontdekte fusieorganisatie is achterhaald wanneer de fusie heeft plaatsgevonden en welke organisaties met elkaar gefuseerd zijn.

Empirie en Analyse



Fuseren van stand alone organisatie tot zorgketen

5.1 Inleiding

Het ontwikkelen van zorgketens is een proces dat zich over vele jaren voltrekt. Jaren waarin betrokkenen continu de wenselijkheden en mogelijkheden verkennen en afwegen om zich in zorgketens te organiseren. Het is ook een proces waarbij een deel van de betrokkenen zich vergaand met fusies aan elkaar verbindt. De definitie van zorgketens verwijst hier ook naar. Bij zorgketens gaat het niet om iedere vorm van samenwerking, maar om *geïnstitutionaliseerde samenwerking* (RVZ, 1998)¹. In dit hoofdstuk wordt de periode van verkenning en fusies beschreven. De fusieperiode is bekeken vanuit een perspectief op focale organisaties (de organisaties die zorgketens ontwikkelen) en de ontstane zorgketens. De fusies worden op kwalitatieve en kwantitatieve wijze beschreven. De casestudies bij Rivas Zorggroep, Carint en Pantein vormen de basis voor de kwalitatieve gegevens. De kwantitatieve gegevens betreffen gegevens over fusieprocessen in de periode 1998-2004 (zie hoofdstuk 4 en bijlage 4). Fusies in de sector ouderenzorg stonden centraal. Data is verzameld over fusies onder verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties en fusies van deze organisaties met ziekenhuizen, instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en eerstelijns professionals.

In dit hoofdstuk wordt betoogd dat zorgketens enerzijds op verschillende wijze tot ontwikkeling komen, terwijl anderzijds enige padafhankelijkheid waar te nemen is. Organisaties doorlopen een diversiteit aan fusietrajecten, alvorens zij tot een zorgketen fuseren. Motieven om te fuseren zijn van velerlei aard en zorgketens variëren in omvang en samenstelling. Zorgketens zijn echter het resultaat van gelijksoortige combinaties van fusietrajecten. Motieven om te ketenen vertonen overeenkomsten en onder gelijksoortige organisaties zijn fusietrends te onderscheiden. Over de zorgsector voltrekken zich isomorphische processen.

1. Behalve fusies gaat het hier ook om holdingvorming. Omwille van de leesbaarheid wordt in dit hoofdstuk steeds over fusies gesproken in plaats van fusies en holdingvorming. Ook in de gepresenteerde data is holdingvorming meegenomen, terwijl alleen over fusies wordt gesproken. Zorgketens met een holdingconstructie zijn overigens in de minderheid.

In paragraaf 5.2 worden de fusies in getal beschreven. In deze paragraaf komt aan de orde welke organisaties fuseren, hoeveel organisaties fuseren, welke fusietrajecten zij doorlopen en wat voor soort zorgketens ontstaan in termen van omvang en samenstelling van de zorgketen. In paragraaf 5.3 worden de verhalen achter de getallen belicht. Waarom fuseren organisaties met elkaar en waarom kiezen zij een bepaalde organisatie als fusiepartner? Op basis van een beschrijving van de fusiegeschiedenissen van Rivas Zorggroep, Carint en Pantein wordt inzicht gegeven in de motieven voor het ontwikkelen van zorgketens en de wijze waarop de fusieprocessen zijn verlopen. Het hoofdstuk sluit in paragraaf 5.4 met een conclusie af.

5.2 De ontwikkeling van zorgketens in getal

Het is een onbetwistbaar feit dat in de zorgsector zorgketens worden ontwikkeld. Weinig is echter bekend over de wijze waarop de ontwikkeling zich in omvang, aard van de fusieprocessen en aard van de samenstelling van zorgketens over de zorgsector voltrekt. Deze paragraaf handelt hierover. In paragraaf 5.2.1 wordt beschreven of en in welke mate thuiszorgorganisaties, verzorgings- en verpleeghuizen, ziekenhuizen, GGZ-instellingen en professionals uit de eerste lijn zorgketens vormen. De aard van de fusies en fusietrajecten van deze organisaties zijn onderwerp van bespreking in paragraaf 5.2.2. In paragraaf 5.2.3 staan de ontstane zorgketens centraal. Beschreven wordt uit welke organisaties zorgketens zijn samengesteld en hoe de samenstelling in de loop van de jaren verandert.

Om de ontwikkeling van zorgketens te belichten wordt een onderscheid gemaakt in stand alone organisaties en horizontaal, verticaal en intersectoraal gefuseerde organisaties. Met **stand alone organisaties** worden organisaties bedoeld, die niet gefuseerd zijn. Bij **horizontale fusies**, gaat het om fusies tussen gelijksoortige organisaties (bijvoorbeeld verzorgingshuizen met verzorgingshuizen). Verticale en intersectorale fusies duiden op fusies tussen ongelijksoortige organisaties. De term **verticale fusies** wordt gebruikt als organisaties uit dezelfde sector afkomstig zijn (bijvoorbeeld fusies tussen verzorgings-, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties). Met de term **intersectorale fusies** wordt verwezen naar fusies tussen organisaties uit verschillende sectoren (bijvoorbeeld een verpleeghuis met een ziekenhuis). Organisaties die verticaal of intersectoraal fuseren, ontwikkelen een zorgketen. De organisaties die fuseren vormen een nieuwe stichting. De stichtingsvorm is gelijk aan het soort fusie dat daaraan is voorafgegaan. Horizontaal gefuseerde organisaties vormen bijvoorbeeld een horizontale stichting. Zorgketens zijn verticale of intersectorale stichtingen.

5.2.1 De omvang van de zorgketenontwikkeling: zijn zorgketens de nieuwe norm?

In het veld en in literatuur is veel aandacht voor zorgketens. Men gaat hierdoor haast denken dat bijna alle organisaties in de zorgsector zorgketens aan het ontwikkelen zijn. Is dit het geval? Zijn zorgketens de nieuwe norm geworden? In deze paragraaf wordt besproken dat deze

verzorgingshuizen	stand alone	horizontaal	verticaal	intersectoraal
1998	44% (n=599)	32% (n=438)	23% (n=321)	1% (n=5)
2001	24% (n=319)	29% (n=392)	45% (n=604)	2% (n=26)
2004	17% (n=222)	26% (n=348)	53% (n=708)	4% (n=58)
verpleeghuizen	stand alone	horizontaal	verticaal	intersectoraal
1998	33% (n=100)	11% (n=33)	55% (n=166)	1% (n=5)
2001	14% (n=43)	4% (n=13)	76% (n=230)	6% (n=18)
2004	7% (n=21)	2% (n=7)	80% (n=250)	11% (n=35)
thuiszorg	stand alone	horizontaal	verticaal	intersectoraal
1998	96% (n=107)		4% (n=5)	
2001	81% (n=80)		17% (n=17)	2% (n=2)
2004	57% (n=55)		41% (n=40)	2% (n=2)

Tabel 5.1. Vorm stichtingen van verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties in 1998, 2001 en 2004^{2 3 4}

vraag deels bevestigend beantwoord kan worden. Steeds meer organisaties zijn in zorgketens georganiseerd, maar niet alle. De zorgketenvorming voltrekt zich daarbij niet in gelijke mate over de zorgsector.

Vooral zorgketens binnen de sector ouderenzorg

De ontwikkeling van zorgketens voltrekt zich voornamelijk binnen de sector ouderenzorg. In 2004 ressorteerde 53% van de verzorgingshuizen, 80% van de verpleeghuizen en 41% van de thuiszorgorganisaties onder een zorgketen met alleen organisaties uit de sector ouderenzorg (zie tabel 5.1 en tabel 1 in bijlage 1 voor gegevens over alle jaren). Daarbovenop vormt 4% van de verzorgingshuizen, 11% van de verpleeghuizen en 2% van de thuiszorgorganisaties een zorgketen met organisaties uit andere sectoren. Het gaat hierbij om ziekenhuizen, eerstelijns professionals en GGZ-instellingen. In de cure-sector maakt 18% van de ziekenhuizen onderdeel uit van een zorgketen. Onder GGZ-instellingen en professionals uit de eerstelijns is het percentage minder dan 1%. Het percentage organisaties in intersectorale zorgketens is klein, maar neemt wel toe.

Niet alle organisatie ontwikkelen in gelijke mate zorgketens

Organisaties ontwikkelen weliswaar steeds meer zorgketens, maar niet in gelijke mate. In de sector ouderenzorg ontwikkelen verpleeghuizen verreweg het meeste zorgketens. In 2004 is

2. Het totale aantal organisaties varieert door de toelating en ontmanteling van instellingen.

3. Er is geen onderscheid te maken tussen stand alone en horizontale fusies, omdat thuiszorgorganisaties na fusie integreren. Zij zijn slechts als één organisatie waar te nemen.

4. In de sector ouderenzorg bestaan gecombineerde huizen (combi). Dit zijn huizen waarin een verzorgingshuis en verpleeghuis ruimtelijk geïntegreerd zijn. Als de huizen gefuseerd zijn, spreken wij van een verticale fusie. In 2004 zijn er drie intersectoraal gefuseerd.

91% onderdeel van een zorgketen (zie tabel 5.1). Verpleeghuizen blijken dit al jaren te doen. In 1998 ressorteerde reeds 56% van de verpleeghuizen onder een zorgketen. Onder verzorgingshuizen is de zorgketenvorming later op gang gekomen en minder ver. In 1998 maakte maar 24% van de verzorgingshuizen deel uit van een zorgketen. Sinds die tijd is het percentage meer dan verdubbeld, maar in totaal ressorteert slechts iets meer dan de helft van de verzorgingshuizen onder een zorgketen.

Onder thuiszorgorganisaties is de zorgketenvorming het laatst en minst op gang gekomen. In 1998 was slechts 4% onderdeel van een zorgketen. De omslag naar zorgketens is met een toename van 39% in de periode 1998-2004 het grootst geweest. Toch is het percentage thuiszorgorganisaties dat onder een zorgketens ressorteert het laagst. Gegeven de late start en sterke groei in de afgelopen jaren, is het niet ondenkbaar dat thuiszorgorganisaties nog zorgketens aan het ontwikkelen zijn. Eenzelfde kan voor de verzorgingshuizen gelden. De percentages nemen wellicht nog toe.

Organisaties uit de cure-sector, de GGZ-sector en professionals uit de eerstelijns ontwikkelen weinig zorgketens met organisaties uit de sector ouderenzorg. Het aantal is groeiende, maar de groei is gestaag. In de periode 1998 tot 2004 is het aantal ziekenhuizen dat deel uitmaakt van een zorgketen van 2 naar 15 toegenomen. Deze 15 ziekenhuizen beheren 25 ziekenhuislocaties en daarmee 18% van de locaties. De eerste zorgketen met een ziekenhuis dateert uit 1994. Sinds 1994 zijn jaarlijks één tot drie ziekenhuizen zorgketens gaan vormen. De eerste zorgketen met een GGZ-instelling dateert uit 1999. Sinds die tijd zijn drie RIAGG's, zes (algemeen) psychiatrische ziekenhuizen, drie psychiatrische centra en twee RIBW's zich in zorgketens gaan organiseren. Eerstelijns professionals maken zelden onderdeel uit van zorgketens met organisaties uit de sector ouderenzorg. Alleen in Almere is in 2000 98% van de eerstelijns professionals met ouderenzorgorganisaties in dezelfde stad gefuseerd. In Den Haag is vier jaren later een gezondheidscentrum met een ziekenhuis en een ouderenzorgorganisatie gefuseerd.

5.2.2 Fusietrajecten: zijn er meerdere wegen naar zorgketens?

Het ontwikkelen van zorgketens blijkt niet altijd met één verticale of één intersectorale fusie beslecht te worden. Sommige organisaties doorlopen hele fusietrajecten alvorens zij tot de zorgketen fuseren, waar zij nu onder ressorteren. In deze paragraaf staan deze fusietrajecten centraal. De fusies in de periode 1998-2004 worden eerst beschreven. Deze beschrijving geeft een beeld van de omvang en aard van de fusies in de zorgsector. Inzicht in deze fusies is nodig om daarna de fusietrajecten uiteen te kunnen zetten. De bespreking beperkt zich tot de fusies en fusietrajecten van verzorgings- en verpleeghuizen. De reden hiervoor is dat deze groep organisaties het meest omvangrijk is en de meeste informatie verschaft over fusies en fusietrajecten. Onder zorgketens ressorteren altijd verzorgings- en verpleeghuizen. Fusies met andere

organisaties worden hierdoor indirect meegenomen. De beschrijving is voor een deel slechts indicatief. In 1998 waren sommige instellingen reeds gefuseerd. De fusies en fusietrajecten vóór 1998 blijven onbelicht.

De fusiegolven lopen ten einde, maar de ontwikkeling van zorgketens niet

Er is veel gefuseerd onder verzorgings- en verpleeghuizen. In 1998 waren maar liefst 968 verzorgings- en verpleeghuizen gefuseerd (zie tabel 5.1). Na 1998 hebben nog vele fusies plaatsgevonden (zie tabel 5.2). Van 1998 tot 2004 is 71% van de verzorgingshuizen en 84% van de verpleeghuizen één of meermaals gefuseerd. Het aantal fusies is in 2000 het grootst geweest. Na dat jaar neemt het percentage fusies langzaam af.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
verzorgingshuizen	18%	27%	18%	17%	14%	12%
verpleeghuizen	24%	33%	20%	18%	18%	15%

Tabel 5.2. Percentage verzorgings- of verpleeghuizen die gefuseerd zijn naar jaar

De aard van de fusies

De afname in fusies betekent niet dat de ontwikkeling van zorgketens ten einde loopt. Nog steeds fuseren organisaties tot zorgketens (zie tabel 5.3). Het percentage verticale fusies neemt de laatste jaren zelfs licht toe. Fusies tot zorgketens met organisaties uit andere sectoren vindt de laatste jaren meer structureel plaats. De afname in fusies is vooral een gevolg van het afnemende percentage horizontale fusies.

Men zou verwachten dat de vele verticale en intersectorale fusies gepaard gaan met een sterke stijging van het aantal zorgketens. Dit is niet geval. De laatste jaren neemt het aantal zorgketens niet tot nauwelijks toe (zie tabel 5.4). Hier zijn meerdere redenen voor.

Een eerste reden is dat steeds minder fusies tot zorgketens voortkomen uit fusies van stand alone huizen of horizontale stichtingen (zie tabel 5.5 en bijlage 4 voor overzicht alle jaren). Een groot deel van de fusies betreft fusies tussen zorgketens. Reeds verticaal of intersectoraal gefuseerde organisaties fuseren met elkaar tot nieuwe zorgketens. Het aantal zorgketens neemt

	aard fusie	1999	2000	2001	2002	2003	2004
verzorgingshuizen	horizontaal	28%	28%	19%	24%	23%	19%
	verticaal	67%	68%	79%	66%	69%	70%
	intersectoraal	5%	4%	2%	10%	8%	11%
	aard fusie	1999	2000	2001	2002	2003	2004
verpleeghuizen	horizontaal	3%	1%	0%	5%	0%	0%
	verticaal	89%	92%	95%	79%	79%	82%
	intersectoraal	8%	7%	5%	16%	21%	18%

Tabel 5.3. Percentage aard fusie verzorgingshuizen en verpleeghuizen naar jaar

soort stichting	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
stand alone	687	583	423	362	314	275	243
horizontaal gefuseerd	205	171	161	145	134	125	115
verticaal gefuseerd	154	175	187	195	196	203	200
intersectoraal gefuseerd	1	3	8	9	12	13	16
totaal zorgketens	155	178	195	204	208	216	216

Tabel 5.4. Aantal stichtingen in de sector ouderenzorg naar fusievorm naar jaar

daardoor af. De nieuwe zorgketens zijn echter groter dan de oude. Een tweede reden voor de niet evenredige groei is dat een deel van de fusies, fusies betreft waarbij organisaties zich aansluiten bij bestaande zorgketens. De organisaties in deze zorgketen hebben daardoor logischerwijs met een fusie te maken. De aansluiting van organisaties bij een bestaande zorgketen verklaart voor een deel de hoogte van de percentages, waarbij de stichtingsvorm hetzelfde blijft. Bij verzorgingshuizen is bijvoorbeeld 57% van de fusies van een verticale stichting naar een verticale stichting het gevolg van een zich aansluitende organisatie. Bij verpleeghuizen gaat het om 54% van de fusies. Het aansluiten bij zorgketens leidt vanuit een perspectief op de focale organisaties dus tot vele fusies, maar niet tot een nieuwe zorgketen. Het leidt wederom alleen tot grotere zorgketens.

oude stichting	nieuwe stichting	verzorgingshuizen		verpleeghuizen	
		1999	2004	1999	2004
van stand alone	naar horizontaal	19%	4%	3%	0%
	naar verticaal	18%	8%	30%	11%
	naar intersectoraal	<1%	1%	0%	4%
van horizontaal	naar horizontaal	9%	15%	0%	0%
	naar verticaal	22%	16% ⁵	19%	4%
	naar intersectoraal	2%	0%	3%	0%
van verticaal	naar verticaal	27%	46%	40%	67%
	naar intersectoraal	0%	6%	0%	8%
van intersectoraal	naar intersectoraal	2%	4%	5%	6%

Tabel 5.5. Percentage aard fusies

Huizen die aanhaken zijn vooral stand alone huizen. Hieruit mag niet geconcludeerd worden dat stand alone huizen geen andere keuze hebben. Slechts een deel van de stand alone huizen sluit bij bestaande zorgketens aan. De rest fuseert helemaal niet of vormt samen met andere organisaties een nieuwe zorgketen of horizontale stichting. Het aantal stand alone organisaties neemt daardoor met de jaren af (zie tabel 5.4).

5. Leesvoorbeeld: In 2004 betreft 16% van alle fusies onder verzorgingshuizen fusies waarbij een horizontaal gefuseerd verzorgingshuis een verticale fusie is aangegaan.

Ontbinden en verbinden

Het aantal en de omvang van zorgketens verschilt voorts in de loop van de jaren, omdat fusies worden ontbonden. In de periode 1998-2004 hebben 64 verzorgingshuizen en 21 verpleeghuizen een horizontale of verticale fusie ongedaan gemaakt (zie tabel 3 bijlage 4). Het ontbinden van een verticale fusie komt het meeste voor (respectievelijk bij 61% en 90% van de verzorgingshuizen en verpleeghuizen, die een fusie ontbinden). In de periode 1998-2004 is geen enkele organisatie uit een intersectorale fusie gestapt. Het ontbinden van een fusie betekent niet noodzakelijkerwijs dat de zorgketen uiteenvalt. Veelal blijven genoeg organisaties over om de zorgketen in stand te houden. Het betekent ook niet dat de organisaties die uit de zorgketens stappen geen onderdeel meer uitmaken van een zorgketen. In 55% van de gevallen ontbindt een verzorgingshuis of verpleeghuis juist een fusie om met andere organisaties een zorgketen te vormen.

Fusietrajecten

Uit het bovenstaande blijkt dat organisaties allerlei fusiestappen kunnen nemen. Ze kunnen horizontaal, verticaal en intersectoraal fuseren, aansluiten bij een zorgketen of met andere organisaties of andere zorgketens een zorgketen vormen en organisaties kunnen een fusie ontbinden om met andere organisaties een zorgketen te vormen. Maar wat is de volgorde waarin organisaties fuseren wanneer zij een zorgketen vormen? Wat zijn de fusietrajecten van organisaties?

Organisaties doorlopen een veelheid aan fusietrajecten (zie tabel 5.6 en bijlage 4 voor een gedetailleerde tabel). Soms fuseren organisaties vanuit een stand alone positie tot een zorgketen, soms gaat daar een horizontale fusie aan vooraf, soms fuseren organisaties eerst tot een verticale zorgketen en daarna tot een intersectorale en soms ontbinden organisaties eerst een andere fusie. Meest dominante patroon onder verzorgingshuizen is dat deze eerst horizontaal fuseren voordat zij een zorgketen vormen. Verpleeghuizen nemen slechts in 10% van de geval-

traject	verzorgingshuizen (n=719)	verpleeghuizen (n=248)
direct verticaal	28%	48%
direct intersectoraal	1%	4%
horizontale fusie als tussenstap naar verticaal	30%	8%
horizontale fusie als tussenstap naar intersectoraal	2%	2%
verticale fusie als tussenstap naar intersectoraal	4%	4%
in traject naar zorgketen een fusie ontbonden	3%	3%
niet terugtraceerbaar ⁶	32%	31%

Tabel 5.6. Fusietrajecten naar zorgketens van verzorgings- en verpleeghuizen

6. In 1998 waren veel organisaties al gefuseerd. De fusietrajecten die daaraan zijn voorafgegaan, zijn niet alle terug te traceren (zie ook bijlage 4).

len een horizontale tussenstap. Verpleeghuizen fuseren veelal direct vanuit een stand alone positie tot een zorgketen.

De diversiteit aan fusietrajecten is nog groter dan uit tabel 5.6 blijkt als binnen de fusietrajecten wordt meegenomen of organisaties zich aansluiten bij een zorgketen, fuseren met aansluitende organisaties, fuseren met andere zorgketens of fuseren met één of meer organisaties. In de trajecten van de verpleeghuizen die van stand alone naar een verticale zorgketen fuseren, fuseert een deel van de verpleeghuizen bijvoorbeeld eenmalig direct verticaal, terwijl andere verpleeghuizen zich aansluiten bij bestaande zorgketens.

5.2.3 Eén of meer zorgketenvormen: is er een blauwdruk voor zorgketens?

Organisaties doorlopen dus verschillende fusietrajecten. Hoe zit het met de zorgketens die ontwikkeld worden? Zijn deze naar omvang en samenstelling even verschillend als de fusietrajecten ernaartoe of worden gelijksoortige zorgketens ontwikkeld? Deze vraag staat in deze paragraaf centraal.

De samenstelling van zorgketens

De samenstelling van zorgketens blijkt te verschillen. Het merendeel van de verticaal gefuseerde zorgketens bestaat uit een combinatie van verzorgingshuizen en verpleeghuizen (zie tabel 5.7). Combinaties van deze organisaties met een thuiszorgorganisatie of een gecombineerd huis komen als tweede en derde het meeste voor, zij het in veel mindere mate. Het percentage zorgketens met alleen verzorgingshuizen en verpleeghuizen neemt wel af. Deze zorgketens fuseren in een later stadium met thuiszorgorganisaties, gecombineerde huizen of met organisaties uit andere sectoren.

Het is duidelijk waar te nemen dat thuiszorgorganisaties meer recentelijk zorgketens zijn gaan ontwikkelen. In de loop van de jaren ontstaan steeds meer zorgketens met thuiszorg-

aangesloten organisaties	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
vzh + vph	61%	66%	60%	58%	55%	55%	51%
vzh + vph + combi	8%	6%	10%	11%	12%	12%	12%
vzh + vph + tz	2%	2%	4%	5%	8%	8%	11%
vzh + combi	10%	12%	12%	11%	9%	9%	8%
vzh + tz	1%	2%	1%	3%	4%	4%	6%
vzh + vph+ tz + combi				1%	1%	1%	3%
vph + combi	1%		4%	3%	2%	2%	1%
vzh + tz + combi					1%	1%	1%
overige combinaties	17%	12%	9%	8%	8%	8%	7%

vzh = verzorgingshuizen **vph** = verpleeghuis **tz** = thuiszorg **combi** = fysiek geïntegreerd vzh en vph

Tabel 5.7. Meest voorkomende verticale zorgketenvormen

organisaties in zorgketen	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
verzorgingshuizen	1-12	1-12	1-13	1-13	1-14	1-17	1-17
verpleeghuizen	1-5	1-6	1-6	1-5	1-5	1-5	1-5
thuiszorg	1	1	1	1	1-2	1	1
combi	1-2	1-2	1-3	1-3	1-3	1-3	1-3
ziekenhuizen	1	1	1	1	1-2	1-2	1-2
totaal in zorgketen	2-14	2-14	2-15	2-20	2-20	2-24	2-24

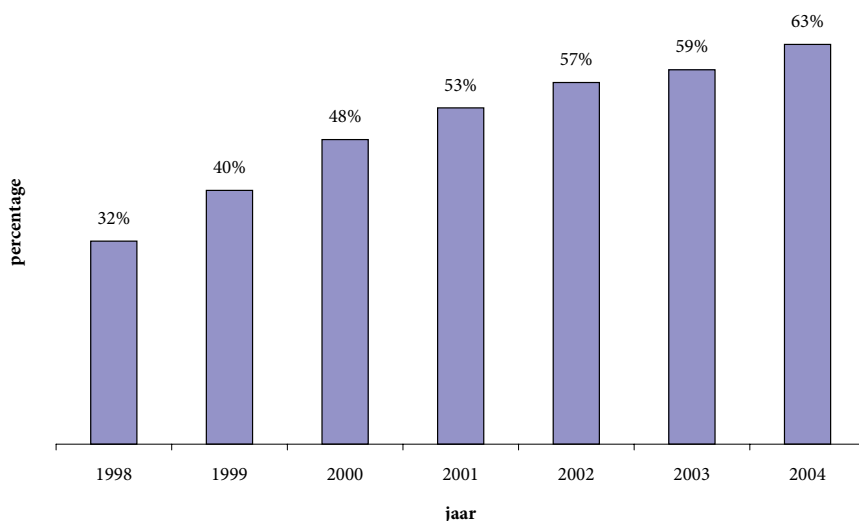
Tabel 5.8. Minimum en maximum aantal organisaties in zorgketens

organisaties. Intersectorale zorgketenvormen variëren veel minder. De meeste intersectorale zorgketens bestaan uit verzorgingshuizen en/of verpleeghuizen met één of twee ziekenhuizen. Zorgketens met GGZ-instellingen komen als tweede meermaals voor. Overige combinaties komen sporadisch voor (zie bijlage 4 tabel 5).

De omvang van zorgketens

De omvang van zorgketens varieert tevens sterk. In 2004 bestaat de kleinste zorgketen uit twee organisaties, terwijl de grootste zorgketen uit 24 organisaties is samengesteld (zie tabel 5.8). In 1998 verbond de grootste zorgketen “nog maar” 14 organisaties. Zorgketens worden steeds groter. Met name het aantal verzorgingshuizen in zorgketens neemt toe. Waren dit er in 1998 maximaal 12; in 2004 zijn dit er 17. Het aantal verpleeghuizen blijft ongeveer gelijk. Als onder een zorgketen thuiszorgorganisaties, gecombineerde huizen en/of ziekenhuizen ressorteren dan zijn dit er meestal één tot drie. Het aantal GGZ-instellingen wisselt met 1, 2, 5 of 9 instellingen sterk per stichting.

De toename in aantal en omvang van zorgketens heeft tot gevolg dat steeds meer capaciteit aan ouderenvoorzieningen in handen van zorgketens is (zie figuur 5.1). Dit is niet verbazing-



Figuur 5.1. Percentage ouderenvoorzieningen beheerd door zorgketens

wekkend gegeven het hoge aantal verzorgings- en verpleeghuizen dat deel uitmaakt van een zorgketen. Het betekent echter dat anno 2004 bijna tweederde van de capaciteit aan ouderenvoorzieningen door een minderheid van 38% aan zorgketenbestuurders wordt beheerd. Iedere zorgketen, iedere horizontaal gefuseerde stichting en ieder stand alone huis is immers een eigenstandige stichting met een eigen bestuur of directie. Steeds meer capaciteit zal door steeds minder besturen en directies worden beheerd als de zorgketenvorming en fusietrend onder zorgketens doorzet.

Tenslotte

De ontwikkeling van zorgketens blijkt een proces te zijn dat zich voornamelijk over de sector ouderenzorg voltrekt. Daarbinnen vormen vooral verpleeghuizen zorgketens. De zorgketenvorming is onder verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties later op gang gekomen. Buiten de sector ouderenzorg ontwikkelen ziekenhuizen het meeste zorgketens. De afgelopen jaren worden zorgketens steeds groter. Bijna iedere organisatie doorloopt een eigen en specifiek fusietraject. In deze specifieke fusietrajecten zijn enkele patronen waar te nemen. Verzorgingshuizen fuseren meestal eerst horizontaal en verpleeghuizen direct verticaal. Stand alone huizen sluiten zich de laatste tijd steeds vaker aan bij bestaande zorgketens en bestaande zorgketens fuseren met elkaar. Het aantal intersectorale zorgketens neemt de laatste jaren toe.

5.3 De ontwikkeling van zorgketens in geschrift: drie verhalen

Uit de getallen is niet te ontleden waarom fusietrends onder gelijksoortige organisaties zijn waar te nemen, waarom fusietrajecten verschillen en waarom organisaties met een diversiteit aan organisaties zorgketens vormen. In deze paragraaf worden de verhalen achter de getallen belicht met een uiteenzetting van de geschiedenissen van de zorgketens Rivas Zorggroep, Pantein en Carint. De fusietrajecten van de organisaties die nu deel uitmaken van de zorgketens worden beschreven. Welke fusietrajecten hebben de organisaties doorlopen, welke motieven hadden zij om Rivas Zorggroep, Carint en Pantein te ontwikkelen, welke factoren zijn daarop van invloed geweest en waarom hebben de organisaties voor bepaalde fusiepartners gekozen? Hoe is de ontwikkeling van de zorgketens achteraf gezien verlopen? In deze paragraaf wordt hiermee ook kennis gemaakt met de drie cases van deze studie.

5.3.1 De fusiegeschiedenis van Rivas Zorggroep

Rivas Zorggroep is één van de 216 zorgketens uit tabel 5.4. Onder Rivas⁷ ressorteren vijf verpleeghuizen, één ziekenhuis, één thuiszorgorganisatie en vier verzorgingshuizen. De ontwikkeling van Rivas beslaat 20 jaren. In deze jaren hebben zeven horizontale, vier verticale en twee intersectorale fusies geleid tot de vorming van Rivas (zie tabel 5.9). In eerste instantie

7. Bij Rivas Zorggroep spreekt men over Rivas. Dit gebruik is overgenomen.

Jaar	Fusie
1985	Fusie 28 plaatselijke verenigingen voor Kruiswerk tot drie Erkende Kruisorganisaties
1986	Fusie Streekziekenhuis Prinses Beatrix te Gorinchem met het Lingeziekenhuis te Leerdam
1988	Fusie verpleeghuis Lingesteyn te Leerdam en 't Nieuwe Gasthuis te Gorinchem
1989	Fusie van de drie Erkende Kruisorganisaties tot Kruiswerk Lek en Merwede
eind '80	Fusie maatschappelijk werk en gezinsverzorging in Sliedrecht, Gorinchem en Vijfherenlanden tot BRAT
1994	Fusie BRAT en Kruiswerk Lek en Merwede tot Waardse Rading
1996	Fusie Verzorgingshuizen De Bannehof, Sint Clara en De Schutse tot Stichting Ichtus
1996	Fusie Lingesteyn, 't Nieuwe Gasthuis en Beatrixziekenhuis tot Stichting Zorgvoorzieningen Gorinchem en omstreken
1996	Fusie Verzorgingshuizen Groenmarkt en Steyndeld tot Stichting Groenhuysen
1998	Fusie Stichting Groenhuysen en Stichting Ichtus tot Stichting Heerewaerden
1998	Fusie Stichting Welzijn Ouderen Gorinchem met Stichting Heerewaerden
1999	Fusie Waardse Rading, Stichting Heerewaerden en Stichting Zorgvoorzieningen Gorinchem en Omstreken tot Rivas Zorggroep
2003	Fusie Verpleeghuis Waerthove met Rivas Zorggroep

Tabel 5.9. De fusiegeschiedenis van Rivas Zorggroep

ontstonden door de fusies één op één relaties tussen een stichting met verzorgingshuizen, een thuiszorgorganisatie en een stichting met een ziekenhuis en verpleeghuizen. Deze drie partijen zijn tot Rivas gefuseerd. De vorming van Rivas is naast de fusies ook beïnvloed door samenwerkingsprojecten tussen de huidige Rivasorganisaties en de oprichting van een regionaal beleidsorgaan. De fusies, de projecten en het beleidsorgaan staan in deze paragraaf centraal.

Fusies bij ziekenhuizen en verpleeghuizen: Stichting Zorgvoorzieningen Gorinchem

Eigenlijk begon het allemaal bij de fusie tot Stichting Zorgvoorzieningen Gorinchem (SZG). We gaan naar het jaar 1975. Het ziekenhuis Prinses Beatrix en het Lingeziekenhuis ondertekenen een intentieverklaring tot fusie. De motieven voor fusie zijn van strategische aard. Door te fuseren verkrijgen de ziekenhuizen een betere positie in de regio. Het Lingeziekenhuis heeft de fusie nodig om te kunnen blijven voortbestaan. Het Prinses Beatrixziekenhuis kan met een fusie haar nieuwbouwplannen realiseren.

Er gingen echter 10 jaren voorbij, alvorens de ziekenhuizen ook echt fuseerden. De fusie vond pas plaats in 1986. In 1988 namen beide ziekenhuizen hun intrek in het herbouwde Beatrixziekenhuis. In het pand van een verpleeghuis in Leerdam, verpleeghuis Lingesteyn, kwam een polikliniek. Lingesteyn fuseerde in hetzelfde jaar met verpleeghuis 't Nieuwe Gasthuis.

Door de fysieke integratie van het ziekenhuis in het verpleeghuis werd met elkaar samengewerkt. De samenwerking bracht voordelen aan het licht, die volgens de directies beter benut konden worden als het ziekenhuis en de verpleeghuizen zouden fuseren. Zij hadden de ver-

wachting dat een verticale fusie de voorwaarden zou bieden om integrale zorg te leveren, patiëntvolgend te werken en naar patiëntenstromen te organiseren. Beide partijen zagen ook mogelijke schaalvoordelen en het verbeteren van een efficiënte doorstroom als positieve effecten. Machtsmotieven speelden eveneens een rol. De directies meenden dat een fusie zou benadrukken dat het ziekenhuis en de verpleeghuizen essentiële schakels waren in de keten van zorg. De directies dachten tenslotte de positie van hun organisaties te verbeteren door samen transmurale zorgarrangementen te ontwikkelen.

In 1994 presenteerden de directies van het ziekenhuis en de verpleeghuizen deze gedachten in de nota 'Stappen over de muren: een visienota over geïntegreerde verpleeghuis- en ziekenhuiszorg in de regio'. Het plan werd niet door iedereen met open armen ontvangen. Op operationeel niveau was tegenstand. Een intersectorale fusie zou uitsluiten dat het Beatrixziekenhuis de schaalgrootte kreeg, die nodig was om te specialiseren. Men zag meer in een horizontale fusie, maar de directie wees een horizontale fusie van de hand uit angst opgeslokt te worden door andere ziekenhuizen. Uit strategische oogpunt genoot een intersectorale fusie de voorkeur. De directeur van het Beatrixziekenhuis had veel invloed op deze keuze. Niet alleen omdat hij het wilde. Hij won velen voor zijn ideaal om een totale keten van zorg te bieden aan cliënten. Zelfs twijfelende verpleeghuismedewerkers, die in de fusie eerder een overname zagen. In 1996 fuseerden het Beatrixziekenhuis en de verpleeghuizen 't Nieuwe Gasthuis en Lingesteyn dan ook tot SZG.

Fusies in de thuiszorg: De Waardse Rading

In diezelfde jaren fuseerden ook de thuiszorgorganisaties in de regio. Helemaal vrijwillig waren deze fusies niet. De eerste fusie tussen 28 Groene Kruisverenigingen tot drie Erkende Kruiswerkorganisaties (EKO) was nodig om een AWBZ erkenning te krijgen. Enige dwang zat tevens achter de fusie in 1989 van de drie EKO's tot Kruiswerk Lek en Merwede en de fusie tussen de gezinsverzorging en het maatschappelijk werk tot BRAT. Zij moesten fuseren om te kunnen overleven bij het op efficiëntie gerichte overheidsbeleid. In 1994 fuseerden BRAT en Kruiswerk Lek en Merwede tot de thuiszorgorganisatie Waardse Rading. Ook deze fusie was onoverkomelijk. Vanwege het integratiebeleid van de overheid kregen de organisaties alleen budget als zij geïntegreerde pakketten konden leveren. De organisaties hadden ook strategische motieven. Zij zouden samen aantrekkelijker zijn voor zorgverzekeraars en gebundeld efficiënter middelen kunnen inzetten. De Waardse Rading werd inderdaad een sterke speler in het veld en later één van de partijen die tot Rivas fuseerde.

Fusies bij de verzorgingshuizen: het ontstaan van Stichting Heerewaerden

Stichting Heerewaerden, een stichting met verzorgingshuizen, is ook tot Rivas gefuseerd. Deze stichting ontstond veel later dan de SZG en de Waardse Rading. In 1996 fuseerden de verzorgingshuizen Groenmarkt en Huize Steyndeld eerst tot Stichting Groenhuysen en de verzorgingshuizen De Bannehof, Sint Clara en De Schutse tot Stichting Ichtus. Dit deden zij,

omdat het de trend was in Nederland en omdat zij efficiëntievoordelen verwachtten. De beide stichtingen fuseerden vervolgens met elkaar tot Stichting Heerewaerden. Deze fusie vond puur met het oog op de komende fusie tot Rivas plaats. Enkele maanden later sloot Stichting Welzijn Ouderen Gorinchem zich aan. Met deze kleine organisatie werd al zo intensief samengewerkt, dat aansluiting voor de hand lag. De stichting is heden ten dage niet meer als organisatie waar te nemen. De medewerkers van de stichting zijn ondergebracht in afdelingen van Rivas.

De verticale fusie tot Rivas Zorggroep

Door de fusies waren er in de regio Gorinchem nog maar drie grote stichtingen en zes stand alone verzorgingshuizen over. Midden jaren '90 vonden de eerste fusiegesprekken tussen deze partijen plaats. In notities uit die tijd is te lezen dat er gedeelde en eigenbelangen speelden. De partijen hadden als gedeelde doelen om de zorg vanuit één regie aan te sturen, de patiënt centraal te stellen, muren te doorbreken, continuïteit te garanderen en schaalvoordelen en doelmatigheidwinst te behalen. Eigenbelang voor SZG was dat met deze fusie de ambitie haalbaar werd om integraal te organiseren. De Waardse Rading dacht haar onderhandelingspositie met verzekeraars te kunnen versterken. De verwachting was voorts dat de druk op de thuiszorg met een fusie zou afnemen. Deze druk was sterk toegenomen door de reductie van ziekenhuisbedden en het extramuraliseringsbeleid. Stichting Heerewaerden verwachtte met een fusie haar personeel breder te kunnen inzetten en een aantrekkelijkere werkgever te worden.

In 1997 kwamen de directies tot een akkoord (Lai-Sin Akkoord) over de fasering van een fusie. Het liep echter niet zoals gepland. De directies van de zes stand alone verzorgingshuizen begonnen te twijfelen. Zij waren bang voor machts- en identiteitsverlies en verminderde carrièremogelijkheden. Zij zagen ook het nut niet in van een verticale fusie. De bestuurders, die nauwelijks door hun directies geïnformeerd waren over de fusie, voelden zich van hun kant voor het blok gezet. Ze wensten een bedenkenperiode. De andere partijen wilden niet wachten. De uitnodiging tot aansluiting bleef staan, maar de zes directies kozen uiteindelijk voor een fusie met elkaar tot de zogenoemde DeltiA-groep. De SZG, Waardse Rading en Stichting Heerewaerden gingen na deze vertraging in een rap tempo door. Op 4 februari 1998 ondertekenden deze drie partijen een intentieverklaring tot fusie en op 1 januari 1999 was de fusie tot Rivas Zorggroep een feit.

Vier jaren later sloot verpleeghuis Waerthove zich aan. Voor Waerthove was het steeds moeilijker geworden om als stand alone organisatie de zorg aan ouderen te verbeteren en uit te breiden. Rivas was niet de enige kandidaat geweest. Waerthove had een fusie met de Dordtse ziekenhuizen overwogen. Het accent van deze ziekenhuizen op specialistische ziekenhuisfuncties paste echter niet goed bij de visie en functie van Waerthove. Het zou het verpleeghuis minder kansen geven om de eigen zorg uit te breiden. Kansen die Rivas, wel bood met haar sterke care-poot in de Waerthove-regio. Een fusie met Rivas was daarom strategisch en zorg-

inhoudelijk gezien een beter alternatief. Rivas kreeg met de fusie meer verpleeghuiszorg in de betreffende regio.

Van samenwerking naar samen

Naast fusies is de ontwikkeling van Rivas beïnvloed door een toenemende samenwerking tussen organisaties. Het Beatrixziekenhuis nam het initiatief tot samenwerking tussen de care en cure. De belangen bij deze samenwerking waren groot. Ziekenhuizen werden steeds meer onder druk gezet om de doorstroom en productiviteit te verhogen. Voor een goede doorstroom hadden ziekenhuizen de care-voorzieningen nodig. Het Beatrixziekenhuis zette daarom projecten op met verzorgingshuizen, verpleeghuizen en de thuiszorg, zoals het project Medische Thuiszorg Technologie (1990) en het project Zorgvernieuwing leidend tot ligduurverkortung (1994). In 1995 kwam een Schakelafdeling in het ziekenhuis. Het verpleeghuis nam hiermee letterlijk haar intrek in het ziekenhuis. Vanaf 1995 kwamen uitwisselingsprojecten. Medewerkers gingen bij elkaar werken om zicht te krijgen op het transmurale traject van patiënten, om kennis te verwerven over elkaars werkwijzen en om patiënten beter te kunnen overdragen. Ook werden projecten gestart, die om een gezamenlijke inspanning van bijna alle partijen vroegen, zoals projecten om de ketentrajecten CVA, dementie en hartfalen te verbeteren.

Op de care-as nam de samenwerking eveneens toe. In 1985 werd het Platform Zorg Alblas-serwaard West opgericht om de zorg aan ouderen te bevorderen. Verzorgingshuizen richtten met hetzelfde doel de Vereniging Samenwerkende Verzorgingshuizen (VSV) op. De VSV en de Waardse Rading sloten een convenant af om hun aanbod af te stemmen. Om tot een sluitend netwerk van voorzieningen te komen werd de klankbordgroep Care 2005 in 1996 opgericht en een Megaproject Zorgvernieuwing in 1997 gestart. Sinds die tijd zijn een on-noemlijke hoeveelheid projecten uitgevoerd. De toenemende aandacht voor samenhang in de zorg en het extramuraliseringsbeleid van de overheid waren belangrijke impulsen voor deze samenwerking. Projecten richtten zich op het realiseren van zorg en welzijn in woningen, het creëren van tijdelijke opnamemogelijkheden, het opzetten van verpleegunits en het realiseren van dagvoorzieningen en geïntegreerde zorgdossiers.

De organisaties werkten niet alleen op zorginhoudelijk, maar ook op logistiek vlak samen. Zij richtten samen een Bureau Transmurale Patiëntenlogistiek en een Intramurale Plaatsingscom-missie op en zij namen transferverpleegkundigen aan. Alle logistieke activiteiten werden met de tijd centraler onder één regie geregeld. In notities is te lezen dat dit een integratiebevor-derend effect had. Het werd helder dat niet de eigen schakel maar de keten van zorg centraal moest staan en dat men samen verantwoordelijk was voor de stroom door die keten heen. Het feit dat men die gezamenlijke verantwoordelijkheid nam en het feit dat medewerkers het denken in integrale stromen concreet uitwerkten, bracht partijen verder bijeen. Dit werd duidelijk toen de overheid in 1997 haar indicatiebeleid presenteerde. Uit angst om de snelheid en zorgvuldigheid in de ketenlogistiek te verliezen, maakten de partijen zich met succes sa-

men sterk om een eigen gemandateerd indicierend orgaan op te richten. Deze heette Stichting Ketenzorg.

De Deilgroep

Alle projecten hebben de toon gezet richting transmurale samenwerking. Nog één schakel bleek nodig om de zorgketen te kunnen ontwikkelen: het beleidsorgaan de Deilgroep. De directie van het Beatrixziekenhuis richtte in 1994 de Deilgroep op om transmurale samenwerking in de regio te bevorderen. Aan de Deilgroep namen zorgaanbieders deel, die de visie deelden dat naar een regionaal zorgcontinuüm gestreefd moest worden. Het doel was volgens een Rivasmanager om 'met de benen op tafel over ontwikkelingen in de regio na te denken om vervolgens integrale projecten weg te zetten en aan te sturen'. De Deilgroepleden verbonden zich aan de uitgangspunten: 'cliënt centraal, zorg op maat en thuis als het kan' om dit doel te bereiken. Ze formuleerden ook spelregels. Er was een 'taboe op domeindenken' en er mochten geen geheime agenda's gevoerd worden. Hiermee wilden de leden voorkomen dat instellingsbelangen boven cliëntbelangen gingen prevaleren. De deelnemers hadden de plicht om elkaar te informeren en bij te staan bij het vernieuwen van zorg. Geld mocht geen belemmering zijn ('over geld zeuren we niet') en de inhoud van de zorg moest leidend zijn ('vorm volgt inhoud').

De eerste vijf jaren waren succesvol. Een groot deel van de projecten vond onder de paraplu van de Deilgroep plaats. Succesvol was ook dat onder directeuren contacten werden ontplooid en benut. Paradoxaal genoeg is de Deilgroep hier juist aan ten onder gegaan. De gelegde onderlinge verbanden, het verkregen wederzijdse vertrouwen en de gedeelde visie op zorg leidden uiteindelijk tot de fusie tot Rivas. De gedachte om tot Rivas te fuseren is zelfs binnen de Deilgroep ontstaan. Alle deelnemers zijn tot Rivas gefuseerd op de huisartsen en de DeltA-groep na. Het gremium waar eens een grote groep directeuren uit een veelheid aan redelijk gelijkwaardige organisaties elkaar troffen, werd anno 1999 door de fusie tot Rivas een club van drie partijen van onevenredige grootte en invloed. De Deilgroep kreeg meer het karakter van een intern Rivasoverleg dan van een regionaal overleg. Op de voortvarendheid van de Deilgroep was daardoor de rem gezet. 'De spirit was eruit', zegt een Rivasmanager. De toetreding van nieuwe partijen bracht hierin geen verandering. De Deilgroep bestaat nog wel, maar heeft zijn beste tijd gehad, vertelt een manager. De wortels die Rivas heeft in de Deilgroep zijn echter waarneembaar in de uitgangspunten 'cliënt centraal, zorg op maat en thuis als het kan', die nog steeds centraal staan bij Rivas.

5.3.2 De fusiegeschiedenis van Carint

Carint is een tweede zorgketen in Nederland. Onder Carint ressorteren twee verpleeghuizen, één thuiszorgorganisatie, acht verzorgingshuizen en vier Stichtingen Welzijn Ouderen. De ontwikkeling van Carint begint in de jaren '70 en eindigt in 2003 na vier horizontale en tien verticale fusies, waarvan vier de aansluiting van Stichtingen Welzijn Ouderen (SWO) betref-

Jaar	Fusie
jaren '70	Fusies instellingen voor gezinsverzorging en maatschappelijke dienstverlening tot SMD Midden Twente en SMD Twente Oost
1976	Fusie plaatselijke kruisverenigingen tot Kruisvereniging Midden en Noordoost Twente
1992	Fusie Kruisvereniging Midden en Noordoost Twente en de Stichtingen Maatschappelijke Dienstverlening Midden Twente en Twente Oost tot Thuiszorg Centraal Twente
1992	Fusie verzorgingshuizen Ten Anker en Avondrust tot Protestants Christelijke Organisatie Hengelo (PCOH)
1992	Fusie verzorgingshuizen Hooghagen en Backenhagen tot R.K. Bejaardenzorg
1995	Fusie verzorgingshuizen PCOH, Hooghagen, Backenhagen, 't Woolde en Humanitas tot Stichting Zorgcentra Hengelo
1999	Fusie tussen Stichting Zorgcentra Hengelo en Thuiszorg Centraal Twente tot Twinta
1999	Fusie tussen verpleeghuis Sint Elisabeth en de verzorgingshuizen Sint Jozef, De Jan Lucaskamp en De Stoevelaar tot De Twentsche Hof
2000	Fusie tussen Twinta en Twentsche Hof tot Carint
2001	Fusies SWO-WZC Diepenhiem/Anholtskamp, SWO Markelo en SWO Borne met Carint
2003	Fusie SWO Hengelo en Huize Scherpenzeel met Carint

Tabel 5.10. De fusiegeschiedenis van Carint

fen (zie tabel 5.10). Behalve de fusies, vormt de oprichting van zorgallianties een rode draad in de geschiedenis van Carint. Deze allianties ontstonden in de Hof van Twente en in Hengelo. Omdat de thuiszorg in beide gebieden opereerde, geraakten de ontwikkelingen in deze twee regio's steeds meer met elkaar verweven. Over beide regio's heen onstond een nieuwe alliantie: Stichting De Balans. Carint is uit De Balans ontstaan. De fusies, de zorgallianties en de oprichting van Stichting De Balans zijn leidraad voor onderstaande beschrijving van het ontstaan van Carint.

Het ontstaan van Thuiszorg Centraal Twente (TCT)

De geschiedenis van Carint begint eind jaren '70 toen instellingen voor gezinsverzorging en maatschappelijke dienstverlening in Twente fuseerden tot SMD Midden Twente en SMD Twente Oost. Naast deze stichtingen opereerde Kruisvereniging Midden en Noordoost Twente in de regio. De werkgebieden van deze instellingen overlappen elkaar. De drie stichtingen werkten tot eind jaren '80 welhaast separaat van elkaar. Toen ontstond de behoefte om te integreren. Door een gebrekkige afstemming ontstond teveel overlap en lacunes in de geleverde zorg. Beleidsverschillen leidden tot grote bestuurlijke drukte en het ontbreken van een gezamenlijke koers richting cliënten. De directies van de stichtingen verwachtten dat een integratie van producten en diensten en een eenduidige aansturing van de zorg de dienstverlening aan de klant zouden verbeteren. Verwacht werd ook dat schaalvergroting, het opheffen van de versnippering over twee werkgebieden, het integreren van pakketten en het reorganiseren van ondersteunende processen en het management zouden leiden tot efficiëntiewinst. Naast deze motieven heeft de komst van een nieuwe directeur bij de Kruisvereniging een belangrijke rol gespeeld. Deze directeur werd de kartrekker van de fusie vanwege zijn sterk

uitgedragen ideeën over cliëntgerichte zorg. De beleidsomgeving werkte mee. De overheid zag in het fusieplan de uitgelezen mogelijkheid om haar integratiebeleid vorm te geven en kende de stichtingen een subsidie van 1 miljoen gulden toe om de integratie te bewerkstelligen. Volgens een RvB-lid heeft dit ‘de wind in de zeilen gegeven’. In 1989 werd het fusiebesluit genomen. De drie stichtingen fuseerden tot Thuiszorg Centraal Twente (TCT). TCT werd de eerste geïntegreerde thuiszorgorganisatie in Nederland.

Met deze fusie was de integratiewens nog niet geheel vervuld. Een RvB-lid vertelt dat de integratie van de thuiszorg vanuit de cliënt gezien slechts als ‘één stapje in de hele ketenzorg’ werd gezien. TCT bleef integratie nastreven om meerwaarde voor de cliënt te creëren. Eerst werden projecten met het ziekenhuis opgezet en in een joint venture De Zorgschakel ondergebracht. Voor verzorgings- en verpleeghuizen organiseerde TCT werkconferenties om mogelijke samenwerkingrelaties te verkennen. In de twee werkgebieden van TCT, de Hof van Twente en Hengelo, werden vele samenwerkingsprojecten gestart. Soms met en soms zonder TCT.

Samenwerking en alliantievorming in de Hof van Twente en Hengelo

In de Hof van Twente werkten vele organisaties met elkaar samen. Zo werkten het verpleeghuis Sint Elisabeth en de verzorgingshuizen in Delden en omstreken samen rondom enkele ondersteunende diensten. En zo kregen het verpleeghuis Sint Elisabeth en het verzorgingshuis Sint Jozef dezelfde directeur. Op zorginhoudelijke vlak werden met zorgvernieuwingsgeld en meerzorgprojecten gestart. De reikwijdte gelden waren een impuls voor de intramurale instellingen, TCT en SWO om samen dag- en tijdelijke opvangvoorzieningen en een crisisregeling op te zetten. De samenwerking was soms zeer intens. Een directeur vertelt bijvoorbeeld dat er projecten van verzorgingshuizen waren waarvan TCT de uitvoerende partij was. Maar niet alles verliep even harmonieus. Tussen directeurs van verzorgings- en verpleeghuizen ontstond wrijving over het beheer van de gelden en de regie over de meerzorgprojecten. Ook cultuurverschillen zorgden voor problemen. Verpleeghuis Sint Elisabeth wenste op basis van gelijkwaardigheid samen te werken met verzorgingshuizen, terwijl verpleeghuis het P.C. Borsthuis een strakke regie wilde voeren. Dit verschil in benadering vertroefelde de samenwerking tussen de beide verpleeghuizen. Midden jaren '90 kreeg de samenwerking echter een nieuwe impuls. Een RvB-lid vertelt dat een omslag in denken gaande was. Aanbodgerichtheid maakte plaats voor vraaggerichtheid. Het realiseren van een aaneensluitend aanbod aan voorzieningen werd hiermee steeds belangrijker. In 1995 werd de alliantie Hof van Twente opgericht om deze samenhang te kunnen realiseren. Alle instellingen uit de regio namen hieraan deel.

In Hengelo werden tevens meerzorgprojecten gestart. Alle Hengelose verzorgingshuizen werkten samen met het P.C. Borsthuis. De verzorgingshuizen, het P.C. Borsthuis en TCT hadden ook gezamenlijke projecten, zoals het project de Korenbuurt (levensloopbestendig wonen) en het Laat Ouderen Thuis project (LOT). Het LOT-project is het eerste project, waarbij alle partijen zich aan elkaar verbonden om een gezamenlijk aanbod voor klanten neer te zetten.

TCT blies het project na een tijd echter af. Het ontkrachtte de thuiszorg teveel. 'Ondanks dat je in een keten zit, moet je als organisatie wel kunnen overleven', stelt een RvB-lid hierover. Het stopzetten leidde tot veel frustratie bij andere partijen. Als goedmaker pakte de thuiszorg andere projecten op en de relaties tussen TCT en de organisaties herstelden. In 1995 waren de relaties tussen alle organisaties zelfs zo goed, dat in de regio eveneens een alliantie werd gevormd.

In Hengelo vonden ook fusies plaats. In 1992 fuseerden de verzorgingshuizen Avondrust en Ten Anker tot de Protestantse Christelijke Organisatie Hengelo. De verzorgingshuizen Backenhagen en Hooghagen fuseerden tot R.K. Bejaardenzorg. Alle verzorgingshuizen waren te klein om zelfstandig het hoofd boven water te houden, vertelt een directeur. In 1995 fuseerden beide stichtingen met de andere verzorgingshuizen in Hengelo tot de Stichting Zorgcentra Hengelo (SZH). Financiële motieven voerden ditmaal niet de boventoon. Een medewerker vertelt dat om strategische redenen 'één blok' werd gevormd. Beter kunnen samenwerken en gebruik maken van elkaars deskundigheden waren bijkomende zorginhoudelijke redenen.

In en uit balans: Stichting De Balans in 1997 en 1998

De alliantievorming in Hengelo en Hof van Twente paste geheel bij de gedachte van TCT om meer integratie te bewerkstelligen. Toch was TCT niet geheel gelukkig met de alliantievorming. TCT viel opnieuw in twee werkgebieden uiteen, omdat TCT aan beide allianties deelnam. Dit werd onwenselijk geacht en TCT stuurde aan op een samensmelting van de twee allianties. TCT stelde voor om een pilot te starten om te onderzoeken of samenvoeging meerwaarde had (Rapportage van de pilotperiode de Balans, 1998). In deze pilot zou bekeken worden of een meer bindende structuur dan een alliantie een geschikte samenwerkingsstructuur kon zijn. Een RvB-lid vertelt dat de insteek was om in de pilotperiode aan elkaar te ruiken en te proeven. Deelname was vrijblijvend en iedereen kon op ieder moment uitstappen. In 1997 traden 19 organisaties toe tot Stichting De Balans, omdat niemand iets wilde missen, aldus het lid. De Balans had een eigen Raad van Toezicht en Raad van Bestuur met vertegenwoordigers uit TCT, SZH en Sint Elisabeth. De hoofddoelstelling van De Balans was om een welzijn, woon en zorgketen te realiseren, die aansloot op de vraag van gebruikers. Doelen waren ook het verbeteren van de satisfactie en loopbaan van medewerkers en het behalen van efficiëntiewinst in de ondersteunende processen. Integriteit, professionaliteit en veranderingsgerichtheid werden de kernwaarden van De Balans. In de pilotperiode werd een nieuwe structuur voor de Balans ontworpen. De gedachten gingen uit naar een geografische ordening van de primaire processen om dicht bij doelgroepen ketens te kunnen organiseren. Voor de ondersteunende processen werd samenvoeging bepleit. Op bestuurlijk niveau werd een traject voorgesteld, waarin bestuurders hun bevoegdheden steeds meer aan een concernbestuur zouden overdragen (Meerjarenbeleidsplan 1999-2004, 1998; Organisatiestructuur van De Balans, 1998).

In de rapportage van de pilotperiode is te lezen dat een aantal bestuurders het allemaal te snel vond gaan. Enkelen hadden er ook moeite mee om hun taken aan een nieuw bestuur

over te dragen. Een RvB-lid vertelt dat enige tegenspraak geen verrassing was. Er was nooit verwacht dat alle organisaties zouden willen fuseren. Wat niet in de lijn der verwachtingen lag was dat één van de initiatiefnemers, het P.C. Borsthuis, eruit stapte. Het P.C. Borsthuis had een nieuwe bestuurder gekregen en diens opvattingen verschilden van die van De Balans. Binnen De Balans werd vanuit een maatschappelijke invalshoek het accent gelegd op welzijn, wonen en zorg. De bestuurder van het P.C. Borsthuis had een gemedicaliseerde visie en legde het accent op het professionaliseren van verpleeghuiszorg. Hij zag meer in het intensiveren van de samenwerking met het ziekenhuis. Ook andere instellingen kregen twijfels en De Balans begon te scheuren. Uiteindelijk speelden teveel cultuurverschillen, macht, verschillende inhoudelijke opvattingen en autonomieproblemen mee, aldus een RvB-lid. In het najaar van 1998 werd besloten om De Balans te ontbinden. 'We hebben De Balans tot balans gebracht door hem op de grond te laten landen en iedereen weer de vrijheid te geven om de keuzes te maken die die wilde', zegt een RvB-lid hierover.

Na 1998: Op weg naar Carint

De Balansperiode had geen concern opgeleverd, maar het was zeker geen verloren periode. De winst was dat men kennis had gemaakt en met sommigen tot een gezamenlijke visie was gekomen. Zij die elkaar goedgezend waren vonden elkaar snel in nieuwe fusieprocessen. Tussen SZH en TCT was maar één gesprek nodig om tot een fusiebesluit te komen. 'Het werd gewoon één geheel, geen gezeur, punt uit, doen', vertelt een directeur over de gang van zaken. In juli 1999 fuseerden SZH en TCT tot Twinta. Twinta nam de doelen, kernwaarden, visie en ambitie van De Balans over (Beslisdocument Stichting SZH-TCT, 1999). Een concrete organisatiestructuur ontbrak nog. Twinta betrof in eerste instantie een bestuurlijke fusie. Na deze bestuurlijke integratie zou een fase van organisatorische integratie en een fase van zorgvernieuwing en vervlechting komen. In de Hof van Twente fuseerden Sint Elisabeth, Sint Jozef, De Jan Lucas-kamp en De Stoevelaar in januari 1999 tot De Twentsche Hof (DTH). DTH hield eveneens het beleid en de visie uit de Balanstijd aan. Het P.C. Borsthuis ging met andere Balanspartijen in zee en fuseerde tot Trivium.

De bestuurders van Twinta en De Twentsche Hof kenden elkaar vanuit de Balanstijd en deelden beide de Balansvisie. Fusieplannen waren snel gesmeed. De motieven van eeneider zijn te lezen in de Profielschetsen uit die tijd. SZH koos voor fusie, omdat het alleen geen integraal aanbod kon leveren. Gemeend werd dat 'een samenhangende zorgorganisatie belangrijker is dan het instellingsbelang van de SZH'. Over TCT is geschreven dat het vanuit de behoeften van de cliënt naar een samenhangend aanbod streeft en '... niet bang is afstand te doen van bestaande verworvenheden als dit kan leiden tot een beter afgestemd zorgaanbod'. Volgens een directeur waren er ook strategische motieven. TCT kreeg vanwege het extramuraliseringsbeleid van de overheid steeds meer concurrentie van de intramurale instellingen. Het motto 'if you can't beat them, join them', speelde mee. Zo ook het versterken van de onderhandelingspositie naar de verzekeraars. De motieven van de Twentsche Hof waren eveneens gericht op het realiseren

van vraaggerichte ketens van zorg. Een directeur vertelt dat er wel enige angst was dat de thuiszorg alles zou overnemen. TCT had het meeste geld en veel daadkracht, vertelt deze directeur. Bij de SZH werd dit niet gevoeld, omdat de directeur van SZH zelf uit de thuiszorg kwam. Ondanks de angst fuseerden TCT, SZH en De Twentsche Hof in december 2000 tot Carint. In 2001 sloot SWO-WZC Diepenhiem/ Anholtskamp zich aan. Het had Carint nodig om te kunnen doorgroeien. SWO Markelo en Borne sloten zich later aan. Zij kozen Carint als fusiepartner, omdat ze beide kwetsbare organisaties waren en omdat ze de beleidsvisie van Carint deelden. Vanwege dit laatste sloot de SWO in Hengelo zich in 2003 bij Carint aan. Als laatste kwam Huize Scherpenzeel erbij. Carint was compleet. ‘Trapsgewijs zijn we toch gekomen tot dat wat we toen bedacht hadden (RvB-lid)’.

5.3.3 De fusiegeschiedenis van Pantein

Pantein is deels gefuseerd en deels een holding. Onder Pantein ressorteren één ziekenhuis, twee verpleeghuizen, zeven verzorgingshuizen, één SWO en een woningcorporatie. Deze laatste is met een holdingsconstructie aan Pantein verbonden. De ontwikkeling van Pantein is langs één horizontale, vier verticale en twee intersectorale fusies verlopen (zie tabel 5.11). Het ontstaan van Pantein is onlosmakelijk verbonden met de ontwikkeling van het Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. De geschiedenis van het netwerk en de wijze waarop Pantein daaruit is voortgekomen staan hier centraal.

Jaar	Fusie
1996/1997	Fusie verpleeghuis Madeleine en de verzorgingshuizen Maartenshof, Aldenhorst, Huize Loon tot Stichting Zorgcentra Land van Cuijk
1996/1997	Fusie verzorgingshuizen De Elsendonck en Op 't Hoogveld tot Stichting Zorgcentra Boxmeer - Sint Anthonis
2001	Fusie Woningstichting Sint Tunnis en Sint Jansstichting en overname woningen zorgstichtingen tot Pantein Wonen
2001	Fusie verzorgingshuis Norbertus tot en overname verpleeghuis Maashegge door Stichting Zorgcentra Land van Cuijk
2001	Fusie Stichting Zorgcentra Land van Cuijk en Stichting Zorgcentra Boxmeer - Sint Anthonis tot Pantein V&V
2001	Fusie Pantein V&V met Maasziekenhuis Pantein en personele unie met Pantein Wonen tot Pantein
2005	Fusie SWO Mook met Pantein

Tabel 5.11. De fusiegeschiedenis van Pantein

Het ontstaan van het Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord Limburg

De ontwikkeling van Pantein is niet los te zien van de ontwikkeling van het Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord Limburg. De geschiedenis van het Zorgnetwerk begint in 1993 met de overweging van organisaties in het Land van Cuijk om een netwerk te vormen. Het besef groeide dat men elkaar nodig had om tot kwaliteit, efficiëntie en continuïteit in de zorg

te komen, vertelt een RvB-lid. Men zou niet meer zonder elkaar kunnen door de schaarser wordende middelen bij een stijgende vraag, overheidsbeleid ten aanzien van marktwerking en de nadruk op het centraal stellen van cliënten (De gezondheidszorg op één lijn, 1994). Deze beleefde afhankelijkheden en positieve samenwerkingservaringen waren redenen voor 17 partijen in de regio om in 1994 het Zorgnetwerk Land van Cuijk te vormen. Met de GGZ werd een maatschap GGZ Land van Cuijk opgericht. De partijen bestreken samen het gehele palet aan zorggebieden. Beoogde zorginhoudelijke doelen waren onder andere het afstemmen van ieders zorgaanbod, het zo min mogelijk schuiven met patiënten, het zo dicht mogelijk bij de thuissituatie aanbieden van zorg, het centraal stellen van de cliënt en het bereiken van een naadloos zorgcontinuüm. Om efficiëntiewinst te bereiken zou men diensten gaan uitwisselen en zorgcircuits opzetten. Strategische redenen waren dat de netwerkvorming zou leiden tot win-win effecten voor allen en een sterke positie naar de overheid en verzekeraars (De gezondheidszorg op één lijn, 1994). Om deze doelen te behalen werden projectgroepen ingericht, een meerjarenbeleidsplan opgesteld en een directieoverleg gevormd.

Het Zorgnetwerk in en uit het dal

In de periode 1994-1997 kwamen veel projecten van de grond, zoals een CVA-project en een project transmurale geriatrie afdeling. Toch kwam het Zorgnetwerk zelf niet goed van de grond. Een directeur wijt dit aan een gebrek aan voortvarendheid en verbondenheid. Het Zorgnetwerk moest ook een tegenslag verwerken. De kartrekkers van het Zorgnetwerk (de directeuren van het Maasziekenhuis en de GGZ-instellingen) vertrokken. De meeste organisaties in het Zorgnetwerk waren daarbij niet op het Zorgnetwerk gericht, omdat ze eigen interne problemen hadden of middenin fusieprocessen zaten. Bij het Maasziekenhuis vroegen financiële problemen en conflicten tussen de directie en de medische staf om alle aandacht. De GGZ-instellingen, de instellingen voor verstandelijk gehandicapten, het kruiswerk en de verzorgingshuizen en verpleeghuizen fuseerden volop in deze tijd. De ogen werden pas in 1998 weer op het Zorgnetwerk gericht, toen alle organisaties in een rustiger vaarwater terecht waren gekomen. De fusies hadden het aantal partijen in het Zorgnetwerk daarbij tot een meer hanteerbaar aantal teruggebracht. Het Zorgnetwerk werd meteen uitgebreid met partijen uit Noord-Limburg. Een zeer positieve impuls in die tijd was dat de kartrekkende directeur van het Maasziekenhuis terugkwam. Het Zorgnetwerk kwam weer tot leven.

Toen de netwerkliden voor het eerst weer bijeenkwamen concludeerden zij dat de netwerkvorming niet alleen belemmerd was door interne problemen en de fusies. Gebrek aan eenduidige aansturing en een te grote mate van vrijblijvendheid speelden eveneens een rol. De netwerkliden probeerden met een nieuwe structuur wel tot eenduidige aansturing en binding te komen. Zij kozen voor een projectorganisatie met projectleiders, een projectmanager en een netwerkdirectie. De gedachte was dat de deelnemende organisaties door de projecten steeds verder in elkaar zouden schuiven. Om het geheel bijeen te houden zou met de tijd een juridische constructie worden opgericht (Het Zorgnetwerk voor de toekomst, 1998).

Van projectorganisaties naar geïntegreerd bedrijf voor zorg en wonen

Een directeur vertelt dat de neuzen door de oprichting van de projectorganisatie weer dezelfde kant opstonden. Na een tijd vond men de gekozen structuur echter toch niet bindend genoeg. Het werd tijd voor een structuur met een zwaardere bindingsintensiteit. In 1998 kwamen de netwerkleden met nieuwe toekomstplannen. Er werd duidelijk taal gesproken: 'Voorbij de vrijblijvendheid, voorbij de stroperigheid, voorbij de naïviteit. De autonomie van de eigen organisatie staat ten dienste van het Zorgnetwerk' (Daadkracht met passie, 1998). De visie uit 1994 werd aangescherpt en aangevuld. Het realiseren van ketenzorg bleef centraal staan, maar de wooncomponent kreeg hierin meer aandacht. Het realiseren van 'zorg thuis zo lang, zo gezond, zo zelfstandig en zo thuis mogelijk (id.)' werd een belangrijke peiler. De banden met woningcorporaties werden verstevigd om dit te realiseren. Er kwam ook meer aandacht voor de gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen voor de zorg. In de visie is hierover te lezen: 'Het organiseren van zorg geschiedt niet op basis van 'het doorgeven van het estafettestokje', maar op basis van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Het domeindenken wordt verlaten (id)'. Beschreven werd toen dat men elkaar en elkaars belangen beter moest leren kennen. De bestaande onbekendheid belemmerde de samenwerking. Tenslotte vond men dat er een nieuwe structuur moest komen.

De directeur van het Maasziekenhuis kreeg de taak om deze structuur te ontwerpen. In 1999 werden zijn plannen besproken. De netwerkleden besloten een tweesporenbeleid te volgen met het doel 'te komen tot één regionaal zorgbedrijf voor zorg en wonen, waarbij sprake is van één gezamenlijke aansturing van processen en organisatie, gezamenlijke productieafspraken en financieel beheer, gezamenlijk beheer van ondersteunende diensten en toepassing van uniforme bedrijfssystemen (Regionaal bedrijf voor zorg en wonen, 1999; Persbericht, 1999; Informatiebrochure; Jaarverslag 1998/1999, jaarplan 2000, 1999). Het eerste spoor betrof de oprichting van een multiprojectorganisatie om projecten te kunnen aansturen. De multiprojectorganisatie bestond uit een directiebestuur met de participerende directeuren, een klein ondersteunend bureau en directiecommissies voor de verschillende zorgdomeinen. Het tweede spoor was om in twee fasen een holding te vormen. Eerst met het ziekenhuis, woningcorporaties en de stichtingen met verzorgings- en verpleeghuizen en later met Thuiszorg Brabant Noord Oost (STBNO), regio Land van Cuijk. De GGZ vond de maatschap afdoende samenwerkingsmogelijkheden bieden en deed niet mee.

De fusie tot Pantein

De holdingvorming eerste fase startte in 1999 met de ondertekening van een overeenkomst. De holding kreeg de voorlopige naam 'Combinatie voor Zorg en Wonen'. De verwachting was dat een holdingconstructie de voorwaarden bood om de scheidslijnen tussen zorgvormen en domeinen op te heffen. Een directeur vertelt: 'Je kreeg een soort natuurlijke kantelneiging, waarbij men vond dat als je echt samen verder wilde de vormgeving geformaliseerd moest worden'. Het doel van de holding was evenals die van het Zorgnetwerk: 'Het aanbieden van een volledig en gevarieerd

pakket aan zorg en wonen aan alle inwoners van het Land van Cuijk en Noord Limburg' (Regionaal bedrijf voor zorg en wonen. In de steigers, 1999). Het versterken van de marktpositie, overleving van kleine organisaties en efficiëntiewinst waren tevens doelen. Naast deze gezamenlijke doelstellingen had iedere partij eigen motieven. De holdingvorming omvatte dan ook meer dan een ondertekening van een overeenkomst.

Het Maasziekenhuis zat in die tijd in een fusietraject met twee ziekenhuizen. Het was beleid in den lande om kleine ziekenhuizen te laten samensmelten. Motief was ook om de schaalgrootte te krijgen, die nodig was om als ziekenhuis te overleven. In 1999 werd van deze fusie afgezien. Een directeur vertelt dat de gewenste groei ook met een intersectorale fusie en met minder geformaliseerde samenwerking met ziekenhuizen kon worden bereikt. Het ziekenhuis had vanwege de ingezette beddenreductie en verlaging van de verpleegduur meer belang gekregen bij ketenzorg. Het ziekenhuis had de holding hiervoor nodig. Een directeur vertelt dat persoonlijke banden tussen de directeur van het Maasziekenhuis en een directeur uit de V&V-sector van invloed zijn geweest. Beide hadden al lange tijd de gezamenlijke ambitie om te ketenen. Op bestuurlijk niveau was zelfs een personele unie. Als Maasziekenhuis Pantein werd het ziekenhuis uiteindelijk onderdeel van de holding.

Aan de toetreding van de woningcorporaties ging veel vooraf. Samenwerking met woningcorporaties was nodig om de visie op 'zo lang mogelijk thuis' te kunnen realiseren. In het verleden was al gesproken met woningcorporaties, maar deze gesprekken waren weinig vruchtbaar geweest. 'Woningstichtingen zijn stuk voor stuk schatrijk, dus die voelen geen aandrang om te gaan fuseren. Een visie op samenwerking hebben ze niet nodig en die hebben ze dus ook niet. Ze zaten bovenop hun berg met geld en die dachten dat ze in de zorg, die arme scharminkels daar, ons geld kwamen halen', vertelt een directeur. Daarin kwam verandering. Het aantal corporaties nam door fusies onder woningcorporaties af. De corporaties gingen de visie steeds meer delen dat samenwerking tussen zorg en wonen belangrijk was. In de notities 'Op weg naar een geïntegreerd bedrijf voor zorg en wonen in het Land van Cuijk en Noord-Limburg' (1999) en 'Visie op de toekomst van de combinatie zorg en wonen 2000-2005' (2000) wordt de meerwaarde van samenwerking verhelderd: 'De woningcorporaties krijgen in toenemende mate te maken met steeds meer ouderen die in de eigen woonomgeving willen blijven wonen. Gezien de toenemende dubbele vergrijzing en de druk op verpleeg- en verzorgingshuizen kunnen samen met woningcorporaties nieuwe woonzorgarrangementen worden ontwikkeld, die bijdragen aan het zo lang mogelijk thuis blijven wonen'. Het tij keerde tevens doordat een directeur uit de V&V-sector bestuursvoorzitter van één van de corporaties werd. Het verzorgingshuis De Elsendonck en de woningcorporatie Sint Jansstichting hadden zelfs dezelfde directie en hetzelfde bestuur gekregen. In de bestuursstructuren waren de verbinden gelegd. Het duurde dan ook niet lang voordat de woningcorporaties Sint Jansstichting en Sint Tunnis zich als Pantein Wonen aan de holding Pantein verbonden. De woningen van de zorgstichtingen van Pantein werden bij Pantein Wonen ondergebracht.

De meeste verpleeg- en verzorgingshuizen in het Land van Cuijk waren voor de holdingvorming met elkaar gefuseerd tot Stichting Zorgcentra Boxmeer - Sint Anthonis en Stichting Zorgcentra Land van Cuijk. In Noord-Limburg bleven twee organisaties over: verpleeghuis Maashegge en verzorgingshuis Norbertus. Deze huizen stonden naast elkaar. Door cultuurverschillen was het nooit van een fusie gekomen. Norbertus was stand alone gebleven en Maashegge was een fusie met stichting Habicura aangegaan. De directeuren van beide huizen achtten het echter wenselijk om met Pantein te fuseren, omdat beide huizen tot het adherentiegebied van het Maasziekenhuis behoorden. Maashegge ontbond de fusie met Habicura om met Pantein te kunnen fuseren. In 2001 zijn alle stichtingen en huizen gefuseerd tot Pantein V&V. Op diezelfde datum is het ziekenhuis in de holding gestapt en is een personele unie met Pantein Wonen gerealiseerd. Pantein was een feit. In 2005 sloot een SWO zich aan. Een directeur licht toe dat welzijn naast zorg en wonen essentieel werd geacht om de keten te completeren en stelt: 'Je kunt een prachtige woning hebben en alle zorg krijgen, maar als er geen welzijn is komen mensen toch in het verpleeghuis'.

De nooit gerealiseerde tweede fase

De tweede fase behelsde de aansluiting van STBNO. In eerste instantie verliep de aansluiting voortvarend. 'Met de directie van de thuiszorg bestaat de overtuiging dat de voorgenomen integratie van V&V op intra- en extramuraal niveau inmiddels onomkeerbaar is geworden. Het doel is om de integratie in de loop van 2004 feitelijk te realiseren', kopte de tekst in het Jaarverslag 2001 (2002). Een jaar later zijn de berichten van geheel andere aard: 'In het najaar 2002 zijn door de thuiszorg vraagtekens gezet bij de wenselijkheid van deze organisatorische en juridische integratie. Vooralsnog is fusie van de baan' (Jaarverslag 2002, 2003). Het was altijd al een probleem geweest dat het werkgebied van STBNO groter was dan alleen Land van Cuijk. Om aan te sluiten bij de holding zou een deel van de thuiszorg zich los moeten weken van STBNO. De thuiszorg vond deze knip uiteindelijk te risicovol en inefficiënt. Men was ook bang om aan bestaansrecht te verliezen. 'Pantein vond, en dat heeft met macht te maken, dat hun bepaalden. De wijze waarop hun thuiszorg opslokken, thuiszorg is daar niet meer thuiszorg. Het was niet meer op een gelijkwaardig niveau', vertelt een medewerker. Op financieel vlak waren andere twijfels. 'We hadden een veel betere financiële positie dan Pantein. Wij hadden de angst dat onze financiële positie benadeeld zou worden, want het ziekenhuis draaide gewoon verlies', vertelt een medewerker. De afweging om van een fusie af te zien was moeilijk voor de thuiszorg, omdat er wel veel overeenstemming in visie en doelen was. Toch besloot de thuiszorg om niet met Pantein te fuseren.

5.4 Conclusie: diversiteit en padafhankelijkheid in de zorgketenontwikkeling

In dit hoofdstuk is de eerste fase in de ontwikkeling van zorgketens besproken: de fase waarin organisaties tot zorgketens fuseren. In de zorgsector fuseren vele organisaties met elkaar om zorgketens te vormen. In de mate waarin en de wijze waarop is een grote diversiteit waar te nemen. Zorgketens worden grotendeels ontwikkeld door organisaties uit de sector ou-

derenzorg. Ziekenhuizen zijn de belangrijkste fusiepartners als met organisaties uit andere sectoren wordt gefuseerd. De fusietrajecten van deze organisaties zijn zeer verschillend. Sommige organisaties fuseren eerst horizontaal, terwijl andere organisaties direct vanuit een stand alone positie tot een zorgketen fuseren. Weer andere organisaties fuseren eerst tot verticale zorgketens en pas daarna tot intersectorale zorgketens. Ook zijn er organisaties die een eerder aangegane fusie ontbinden om met andere organisaties een zorgketen te vormen. Sommige organisaties fuseren met elkaar tot een zorgketen, terwijl andere organisaties zich aansluiten bij een bestaande zorgketen. Ook fuseren zorgketens met elkaar tot nieuwe en grotere zorgketens.

Uit deze diversiteit aan fusies en fusietrajecten ontstaat een diversiteit aan zorgketens. Het aantal en de typen organisaties, die onder zorgketens ressorteren, verschillen aanzienlijk per zorgketen. Sommige zorgketens bestaan uit 2 organisaties, terwijl andere uit meer dan 20 organisaties bestaan. Onder zorgketens ressorteert een veelheid aan combinaties van verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen, GGZ-instellingen en professionals uit de eerstelijns. Door deze diversiteit in zorgketenvormen, fuserende organisaties en fusietrajecten lijkt de ontwikkeling van zorgketens grillig en op onvoorspelbare wijze te verlopen. Toch is dit niet het geval. In de wijze waarop de ontwikkeling verloopt zijn patronen waar te nemen. De zorgketenvorming voltrekt zich als een isomorphisch proces over de sector. Vanuit een perspectief op de ontstane zorgketens blijkt sprake te zijn van enige padafhankelijkheid. Steeds wordt eenzelfde pad bewandeld. Organisaties worden welhaast richting het ontwikkelen van zorgketens geduwd door gemaakte keuzes om te fuseren en relaties met partijen en door invloeden uit de omgeving. Deze conclusies zijn te trekken uit de fusietrajecten tot Rivas, Carint en Pantein.

Padafhankelijke fusietrajecten

De organisaties, die nu onder Rivas, Carint en Pantein ressorteren, hebben allen geheel eigen fusietrajecten doorlopen. Wanneer vanuit een perspectief op Rivas, Carint en Pantein naar de fusietrajecten wordt gekeken, dan blijken de drie zorgketens het resultaat te zijn van een veelheid aan horizontale en verticale fusies en bij Rivas en Pantein ook intersectorale fusies. Geen van de zorgketens is op basis van één fusie tot stand gekomen. Organisaties zijn steeds eerst in wisselende combinaties met elkaar gefuseerd, alvorens zij tot Rivas, Carint of Pantein fuseerden. Bij alledrie zijn ook organisaties aangehaakt. Het aantal fusies en de volgorde verschillen weliswaar, maar in de ontwikkeling zijn bijna alle mogelijke trajecten terug te vinden. Deze veelheid aan trajecten is essentieel geweest voor het ontstaan van Rivas, Carint en Pantein. Zonder de gemaakte tussenstappen waren organisaties naar alle waarschijnlijkheid nooit tot Rivas, Carint en Pantein gefuseerd. Zorgketens worden dus niet zozeer verschillend ontwikkeld. De ontwikkeling wordt eerder gekenmerkt door een conglomeraat aan trajecten.

Een aaneenschakeling van motieven en invloeden

Bij Rivas, Carint en Pantein worden steeds dezelfde zorginhoudelijke, economische, strategische en legitimerende redenen benoemd om te gaan fuseren. De geschiedenissen van de zorgketens beginnen steeds bij een toenemend besef bij organisaties dat zij elkaar nodig hadden om zich te kunnen handhaven bij de veranderende eisen uit de omgeving. Bij alledrie kwamen organisaties door de toenemende vraag naar zorg en het beleid gericht op kostenbeheersing onder druk te staan. Vanuit de organisaties werd ervaren dat zij zich anders moesten gaan organiseren om te kunnen overleven. De wijze waarop werd welhaast gedictieerd. Nieuwe financieringsregels, innovatiegelden en productie-eisen dwongen de organisaties over de grenzen van hun eigen domeinen heen. De verschuiving van denken in termen van specialisatie, differentiatie en aanbodgerichtheid naar denken in termen van integratie, samenhang en een gerichtheid op de vraag van cliënten, waarover bij alledrie wordt gesproken, versterkte de druk alleen maar meer. De organisaties moesten welhaast zorgketens gaan ontwikkelen om aan de veranderende maatschappelijk waarden en overheidseisen te kunnen voldoen, om cliënten goed te bedienen en om als organisaties te kunnen blijven voortbestaan.

Het op zorgketens gerichte klimaat werd voor een deel echter zelf geschapen. Het realiseren van samenhang en vraaggerichtheid in de zorg werd door Rivas, Carint en Pantein zelf uitgedragen. Daarmee zetten zij zelf de toon richting zorgketens. Organisaties zijn voorts gaan fuseren om een marktpositie te behouden ten opzichte van de ontstane zorgketens en gefuseerde conglomeraten. Veel organisaties zijn aan de beleidsgremia De Deilgroep, Stichting De Balans en het Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg gaan deelnemen om in hun regio niet buiten de boot te vallen. Hiermee namen zij reeds een stap richting de ontwikkeling van een zorgketen. Ook bredere landelijke beleidsveranderingen hebben de organisaties beïnvloed. Het volgen van de landelijke fusietrends is in de voorgaande paragraaf als reden voor fusie genoemd. Op bijna tautologische wijze heeft de zorgketenontwikkeling zichzelf bevorderd.

Sturende krachten

Toch zijn niet alle organisaties zorgketens gaan vormen. Er speelde meer mee. De sturende kracht van directeuren, gedeelde visies, toenemende binding in netwerken en de onzichtbare kracht van 'het naar elkaar toe groeien' zijn onontbeerlijk geweest voor het ontstaan van Rivas, Carint en Pantein. Bij de drie zorgketens zijn kartrekkers aan te wijzen, zonder wie de zorgketens wellicht nooit waren ontstaan. Bij Rivas en Pantein waren dit de directeuren van de ziekenhuizen en bij Carint de directeur van de thuiszorg. Allen hebben gemeenschappelijk dat zij de integrale zorggedachte sterk omarmden en uitdroegen. Deze directeuren hebben de andere organisaties weten te mobiliseren om over zorgketenvorming te gaan nadenken. Hiermee wordt niet gesteld dat deze organisaties zich blind hebben laten meeveren. Vanuit deze organisaties waren reeds vele integrale zorgprojecten gestart. Zij wisten voor een deel waar ze aan begonnen. Het bijeenbrengen van deze organisaties en het gelijkgestemd krijgen van deze organisaties is voor een deel echter wel de verdienste van de kartrekkende directeuren

geweest. Het lukte hen immers om bijna alle organisaties in de regio bij elkaar te krijgen. Zij kozen hierbij voor hetzelfde middel: het oprichten van beleidsnetwerken. De Deilgroep, het Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg en Stichting De Balans zijn alle opgericht om de zorgketenontwikkeling in de regio te bevorderen. Deze netwerkvorming is essentieel geweest voor Rivas, Carint en Pantein. Vanuit de netwerken zijn vele projecten opgezet. De deelnemende directeuren leerden elkaar kennen en zij konden verkennen of het ontwikkelen van zorgketens afdoende voordelen had. Het werd voor eenieder steeds duidelijker wie de visie op integrale zorg deelden en met wie men wel en niet verder wilde gaan. Bij sommigen raakte integraal samenwerken als gedachtegoed steeds verder in het denken en in de uitvoering van projecten geborgd. Anderen gingen juist vraagtekens zetten bij de integrale zorggedachte. Bij de drie zorgketens heeft de netwerkvorming dan ook enerzijds geleid tot het ontstaan van Rivas, Carint en Pantein, terwijl de netwerkvorming anderzijds heeft geleid tot het afzien van deelname aan de zorgketens door sommige partijen.

De T-splitsing

De partijen die uiteindelijk tot Rivas, Carint en Pantein zijn gefuseerd vonden elkaar in gedeelde visies rondom integrale zorg en samenwerking en op persoonlijke basis. Zij hadden elkaar leren kennen, zij wisten wat ze aan en elkaar hadden en onderling was een vertrouwensband ontstaan. De partijen waren gelijkgestemd geraakt over te bereiken doelen en het gezamenlijk te bestrijken domein. Zij zagen in dat zij hun bronnen bij elkaar moesten leggen om de doelen te behalen en een machtige positie te verwerven. Zelfstandig konden zij dit niet bereiken.

Het omgekeerde was het geval ten aanzien van de partijen die niet meegingen in de zorgketenvorming. Visieverschillen zijn sterk bepalend geweest voor de breuk in de ontwikkeling van Carint. De instellingen, die uiteindelijk tot Trivium fuseerden, vonden elkaar in een visie op professionalisering en medicalisering van de zorg. Gemeend werd dat met deze gerichtheid de meeste financiële, zorginhoudelijke en strategische voordelen te behalen vielen. Het gaf de instellingen ook meer macht en autonomie. Een fusie tot Carint was hiermee uitgesloten. Bij Rivas waren visieverschillen, strategische, financiële en machtsgerelateerde motieven en bekoelde onderlinge relaties redenen voor de zes DeltiA-huizen om niet mee te gaan in de fusie. Een echt uitgesproken visie hadden deze huizen niet. Vooral macht speelde hier een rol. Bij Pantein waren strategische, financiële en machtsmotieven redenen voor STBNO om niet tot Pantein te fuseren. Het zou de positie van de thuiszorg teveel benadelen. De visie op integrale zorg en samenwerking en de zorginhoudelijke doelen werden echter wel gedeeld. De geplande fusie was daarom niet van de ene op de andere dag van de baan. Tot op de dag van vandaag worstelen Pantein en STBNO met deze gedeeltelijke congruentie in motieven. Perioden van toenadering en afstoting, samenwerking en concurrentie, positieve en negatieve verhoudingen wisselen elkaar continu af. Bij Carint en Rivas zijn de relaties met de niet meefuserende organisaties minder wisselend van aard. Ook al zijn er momenten van toenadering en ook al wordt er mondjesmaat samengewerkt, de relaties zijn toch zeer bekoeld geraakt.

Hoe loopt het pad verder?

Rivas, Carint en Pantein hebben het pad richting een zorgketen gevolgd. Weliswaar uiteindelijk gefuseerd en daarmee aan elkaar gelieerd, kwam na de fusie eigenlijk pas de echte uitdaging: het ontwikkelen van een zorgketen, waarmee de gewenste doelen behaald werden. In de volgende hoofdstukken wordt besproken hoe deze ontwikkeling bij Rivas, Carint en Pantein is opgepakt en verlopen.

Het ontwikkelen van concernstructuren

6.1 Inleiding

De juridische fusies waren slechts eerste stappen in de ontwikkeling van Rivas, Carint en Pantein. De organisaties waren alleen op papier één concern geworden. Na de fusies brak een periode aan, waarin Rivas, Carint en Pantein structuren gingen ontwikkelen om de gestelde doelen te bereiken. In dit hoofdstuk en in hoofdstuk 7 wordt de ontwikkeling van deze structuren besproken. De concernstructuren staan in dit hoofdstuk centraal. Het gaat hierbij om de structuren voor het management, de ondersteunende diensten, de primaire processen en de beleids- en overlegstructuren. De beschrijving van de primaire processtructuren beperkt zich tot een bespreking van de herordening en inbedding van de thuiszorg, verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg, welzijnszorg en ziekenhuiszorg in het concern. De structuren die binnen de primaire processen ontwikkeld worden staan in hoofdstuk 7 centraal.

Rivas, Carint en Pantein richten zich bij het ontwikkelen van structuren op het afstemmen van de taken, functies en werkzaamheden van de organisaties en beroepsbeoefenaren in de zorgketen. Het realiseren van deze afstemming is in hoofdstuk 4 met het begrip ‘processen van structurele integratie’ geduid. In dit hoofdstuk wordt betoogd dat zich ook processen van structurele fragmentatie voltrekken. Structuren zorgen er ook voor dat bestaande afstemming verloren gaat. Dat komt, omdat ieder doel vraagt om een bepaalde vorm van afstemming binnen en tussen het management, de ondersteunende diensten, het beleid en de primaire processen. De structuren leiden weliswaar tot de afstemming die voor sommige doelen nodig is, maar ook tot het doorbreken van de afstemming die nodig is voor het behalen van andere doelen. De structuren van zorgketens hangen uiteindelijk af van de doelen die prioriteit krijgen. Zorgketens worden daarbij in de tijd verschillend geconfigureerd, omdat de centraal gestelde doelen met de tijd veranderen.

In dit hoofdstuk wordt eerst inzicht gegeven in de structuren die Rivas, Carint en Pantein ontwikkelen en de motieven voor hun keuzes. In paragraaf 6.2 staat centraal hoe de ontwikkeling van de concernstructuren in grote lijnen is verlopen. In de paragrafen 6.3 tot en met 6.5 wordt dieper ingegaan op de managementstructuren, de structuren voor de ondersteunende

diensten en de beleids- en overlegstructuren. In paragraaf 6.6 staat de geschiktheid van de structuren centraal voor het behalen van de doelen. In deze paragraaf worden meningen van medewerkers beschreven over de voor- en nadelen van structuren. De inzichten uit deze paragrafen vormen de basis voor paragraaf 6.7. In deze paragraaf wordt besproken tot welke structurele integratie en fragmentatie de structuren leiden en welke doelen daardoor met welke structuur beter bereikbaar zijn. De configuraties voor zorgketens zijn tevens onderwerp van bespreking.

6.2 Het ontwikkelen van concernstructuren

Het ontwikkelen van een geschikte concernstructuur was een eerste uitdaging bij Rivas, Carint en Pantein. De directeuren hadden zich vóór de fusie over dit vraagstuk gebogen, maar bij geen van de zorgketens was de structuur al helemaal uitgedacht. Het verder uitwerken van een structuur is in de drie zorgketens op dezelfde manier opgepakt. De directeuren bekeken wat zij met hun zorgketen wilden bereiken en zij stelden vast wat voor het behalen ervan nodig was. Zij kozen vervolgens structuren waarmee zij meenden te kunnen voldoen aan die vereisten. In deze paragraaf worden de doelen, structuurvereisten en structuren beschreven.

6.2.1 Meervoudige doelbereiking als fundament

Rivas, Carint en Pantein stelden dezelfde doelen centraal. Zij wilden met hun zorgketen een continuüm van zorg leveren, doelmatig opereren en een krachtige positie in het veld krijgen. In de doelen van Rivas stond het leveren en aansturen van ‘aansluitende zorg, onafhankelijk van de bestaande organisatorische grenzen’ centraal. Het geleverde aanbod moest op elkaar en op de vraag van de cliënten aansluiten en zonder wachttijden worden geleverd. De bestuurders hielden hiermee vast aan het adagium uit de Deilgroep: ‘cliënt centraal, zorg op maat en thuis als het kan’. Het bereiken van schaalvoordelen en efficiëntie waren eveneens doelen en Rivas moest een sterke speler in de regio worden (Beleidsplan 2000-2005, 2002).

De bestuurders van Carint spraken in die tijd over de Carintvorming als middel om ‘een aansluitend aanbod van collectief en privaat gefinancierde producten, diensten en services op het gebied van welzijn, wonen en zorg te realiseren’ (Jaarbeeld 2001, 2002). De ambitie was om ‘vraaggestuurd’ te opereren. Dit wilde Carint bereiken door aan te sluiten bij de wensen van cliënten en in samenspraak met cliënten en andere aanbieders dienstenpakketten samen te stellen. Het ‘aansluiten bij de lokale kleur’, het ‘zo thuis mogelijk’ aanbieden van diensten en het ‘toegankelijk’ maken van diensten werden daartoe essentieel geacht. Medewerkers zouden hun kennis en kunde moeten inzetten om deze vraaggestuurde ketens van zorg te realiseren. Doel was voorts om als ‘maatschappelijk ondernemer’ op ‘transparante’ wijze inzicht te geven in de bedrijfsvoering en resultaten (Stichting concern SZH-TCT-DTH, 2000; De visie van Carint op welzijn, wonen en zorg, 2002).

Dezelfde doelen zijn bij Pantein terug te vinden. De missie van het Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg bleef centraal staan bij Pantein. Deze was: 'het aanbieden van een volledig en gevarieerd pakket aan zorg en wonen aan alle inwoners van het Land van Cuijk en Noord Limburg'. De Panteinbestuurders stelden zich hiermee tot doel om met op maat gesneden diensten zo dicht mogelijk bij cliënten te voldoen aan de totale vraag van cliënten. De bestuurders hadden hierbij niet alleen de keten van wonen en zorg voor ogen. Zij wensten als maatschappelijk ondernemer ook het welzijn van burgers en de leefbaarheid in de regio te verbeteren. Pantein moest een sterk gepositioneerde organisatie worden, die gewaardeerd werd door klanten, de maatschappij en medewerkers (Regionaal bedrijf voor zorg en wonen. In de steigers, 1999; Visie op de toekomst van de Combinatie zorg en wonen 2000-2005, 2000; Jaarverslag 2002, 2003). De vorming van Pantein werd tenslotte beschouwd als middel om efficiëntievoordelen te behalen (Jaarverslag 2001, 2002).

6.2.2 Beredeneerd gefaseerd structureren

De vertaling van de doelen in organisatorische eisen vertoont eveneens overeenkomsten. De structuren moesten bij alledrie de voorwaarden bieden om de primaire processen schottendoorbrekend te organiseren. De ondersteunende diensten en het management moesten naadloos met de primaire processen gestroomlijnd worden om de primaire processen effectief te kunnen ondersteunen en aansturen. Omdat de primaire processen zo centraal werden gesteld, zou men verwachten dat met een herstructurering hiervan werd begonnen. Dit is niet het geval geweest. Rivas, Carint en Pantein zijn begonnen met het integreren van het management en de ondersteuning (zie tabel 6.1). In deze paragraaf staat centraal waarom voor deze fasering is gekozen, wat de structuurvereisten precies waren en welke concernstructuren uiteindelijk ontwikkeld zijn.

Fasering ontwikkeling concernstructuren	
Dominante volgorde	integreren bestuur en directie (samenvoegen en centraliseren)
	integreren ondersteunende diensten (samenvoegen en centraliseren)
	integreren V&V-voorzieningen (opdelen en lokaal samenvoegen)
	integreren overstijgende voorzieningen (samenvoegen en centraliseren)
	integreren management met primaire proces (stroomlijnen)
	integreren ondersteunende diensten met primaire proces (stroomlijnen)

Tabel 6.1. De fasering van de ontwikkeling van concernstructuren

Rivas: integreren naar werkmaatschappijen en regio's

De directieleden van Rivas kwamen reeds in 1998 met een plan voor een structuur voor Rivas. Zij hadden vier fasen voor ogen: een fase van integratie van directie en bestuur, een fase van integratie van de voorwaardenscheppende functies, een fase van integratie van primair procesgebonden ondersteunende functies en een fase van reorganisatie van de primaire processen (Concept fusiedocument, 1998). De directieleden hadden alleen nog geen beeld van de structuur waartoe deze fasering moest leiden. Zij kozen daarom eerst voor een divisie-

structuur, waarbij de fuserende stichtingen de werkmaatschappijen Rivas MediZorg (SZG), Rivas Woonzorg (Stichting Heerewaerden) en Rivas Thuiszorg (Waardse Rading) werden. Zij meenden dat het om strategische redenen goed was als de stichtingen nog een tijd herkenbaar bleven. Een tweede reden was dat de structuren voor het management en de ondersteuning uiteindelijk optimaal afgestemd moesten worden met de geïntegreerde primaire processen. Deze afstemming was nog niet te realiseren, omdat de primaire processen nauwelijks geïntegreerd waren. Het intact laten van de structuren van de fuserende stichtingen moest voorkomen dat een nieuwe structuur later herzien moest worden. Deze redenering was niet helemaal rechtlijnig. Niet alles werd namelijk intact gelaten. Men begon wel alvast met het centraliseren van het bestuur en de ondersteunende diensten. De directieleden achtten dit nodig om de fasering vanuit een centrale regie te kunnen aansturen en tot efficiëntie in de ondersteuning te komen (Beleidsplan 2000-2005, 2002). Een manager stelt dat de keuze voor een divisiestructuur achteraf gezien ongelukkig is geweest. De verkokering werd daarmee in stand gehouden. De mogelijkheden om zorg te stroomlijnen waren lastig waar te nemen en te benutten. Het lukte nauwelijks om 'aaneensluitende zorg' te realiseren. Ook de afstemming in regie, aansturing en ondersteuning kwam slecht van de grond. Het was onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk was, omdat iedere werkmaatschappij een eigen management behield en de integratie van de ondersteunende diensten nog onvolledig was. De ontevredenheid met de divisiestructuur groeide. Het werd tijd voor een nieuwe structuur.

De directie boog zich opnieuw over het structuurvraagstuk. Zij presenteerde in 2001 haar conclusies in het plan 'Naar een nieuwe Rivasorganisatie'. Het adagium 'cliënt, centraal, zorg op maat en thuis als het kan' werd wederom centraal gesteld. De 'aaneensluitende zorg' werd echter onderverdeeld in 'zorg aan huis' en 'ziekenhuiszorg'. De structuur moest aan vele vereisten voldoen. De zorg aan huis moest passend bij de vraag en samenhangend geleverd worden. Zorg aan huis en ziekenhuiszorg moesten van hoge kwaliteit zijn en op elkaar aansluiten. Managers en professionals moesten op raakvlakken processen coördineren en zij moesten effectief en flexibel in kunnen spelen op ontwikkelingen en wensen in de regio. De zorgketenonderdelen zouden tenslotte als werkeenheden zelfstandig en efficiënt moeten opereren.

Volgens de directieleden voldeed een partieel regionaal geordende structuur aan deze vereisten. Bij een partieel regionaal geordende structuur worden de verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg en thuiszorg eerst opgesplitst en daarna regionaal integraal georganiseerd. Deze structuur werd om meerdere redenen geschikt geacht. Met deze structuur zou het goed mogelijk worden om passend bij de vragen van cliënten zorg te leveren en om samen te werken met andere zorgaanbieders in de regio. De meeste zorgaanbieders opereren namelijk op dezelfde regionale schaal. Regionale werkeenheden zouden ook de juiste omvang hebben om zelfstandig en efficiënt te opereren en herkenbaar zijn voor medewerkers en externen. Een focus op regio's zou het tenslotte beter mogelijk maken om veranderingen te overzien en vernieuwingen te implementeren.

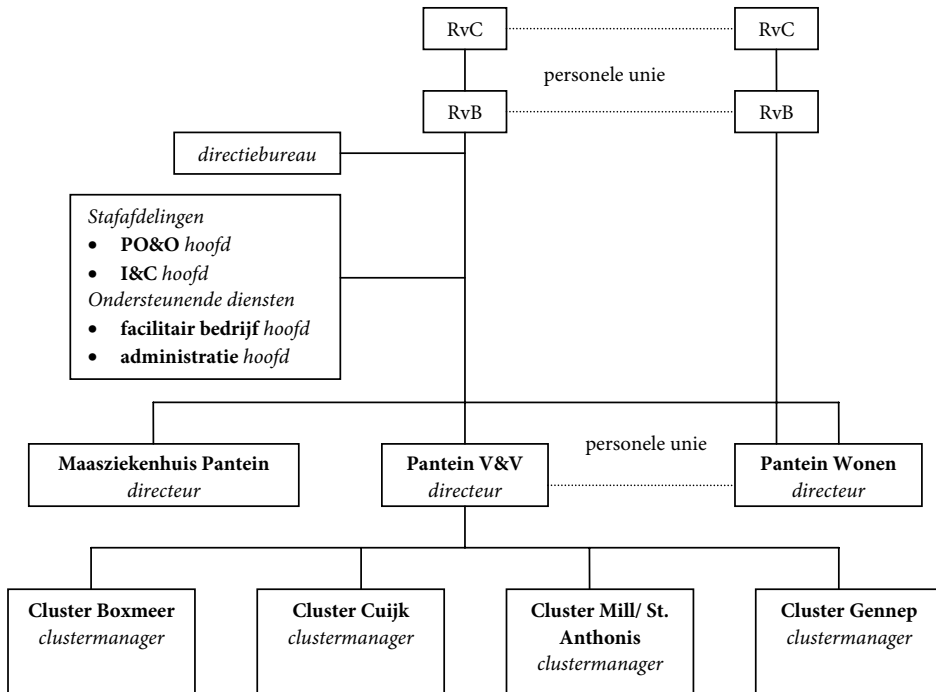
Het ziekenhuis kon volgens de directie niet regionaal georganiseerd worden vanwege haar specialistische en bovenregionale karakter. Het moest een afzonderlijk onderdeel blijven. Hetzelfde gold voor onderdelen als jeugdgezondheidszorg en de Gezondheidsservice. Het zou niet mogelijk zijn om deze diensten efficiënt leveren als zij werden opgeknipt naar regio's.

Carint: gefaseerd integreren en vervlechten

Toen de bestuurders van Carint zich over een structuur voor Carint bogen, namen zij het 'Meerjarenbeleidsplan Balans' (1998) en de notitie 'Organisatiestructuur Balans' (1998) in de hand. Hierin hadden zij hun ideeën beschreven over een concernstructuur. De bestuurders kwamen met enkele nieuwe randvoorwaarden en een plan voor fasering. De eerste fase behelsde een fase van bestuurlijke integratie om eenduidig en daadkrachtig te kunnen optreden. Eenheid en daadkracht zouden nodig zijn om de strategische positie te verbeteren, facilitaire voordelen te behalen en de continuïteit en kwaliteit van de primaire processen te bevorderen. In december 2000 had Carint één Raad van Bestuur en één Raad van Toezicht. Medio 2000 werd de tweede fase ingezet: een fase van organisatorische integratie om tot efficiëntie te komen. Deze fase behelsde het centraliseren en harmoniseren van de ondersteunende diensten en systemen. De bestuurders streefden naast efficiëntie ook naar effectiviteit in de ondersteuning. De ondersteunende processen moesten aansluiten bij de primaire processen en de voorwaarden scheppen om de kwaliteit van de primaire processen te verbeteren. Enigszins paradoxaal is dat pas halverwege 2001 een fase van zorgvernieuwing en vervlechting van start ging op primair procesniveau. Tot die tijd waren DTH, TCT en SZH als werkmaatschappijen blijven bestaan. Dat ging nu veranderen. Bij Carint, werd evenals bij Rivas voor een partieel regionale ordening gekozen. De thuiszorg, welzijn- en woondiensten, verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg werden opgeknipt en in lokale eenheden ondergebracht. Uitgangspunt was dat op lokaal niveau een 'zo volledig mogelijk pakket aan producten en diensten van het zorg, wonen en welzijnscontinuüm beschikbaar moest zijn.' De redenen voor deze keuze waren eender aan die van Rivas. Integratie op lokale schaal zou het aanbieden van vraaggestuurde integrale pakketten dicht bij de cliënt mogelijk maken. Een lokale organiseervorm zou de toegankelijkheid borgen en de herkenbaarheid van Carint vergroten. Bij Carint werd eveneens niet alles lokaal georganiseerd. De maatschappelijke dienstverlening, de (para)medische diensten, jeugdgezondheidszorg, de Cliënten- en Gezondheidsservice en de thuiszorgwinkel werden bovenregionaal georganiseerd. Reden was dat decentralisatie ten koste zou gaan van de kwaliteit en doelmatigheid van deze diensten (Beslisdocument SZH-TCT, 1999; Stichting Concern SZH-TCT-DTH, 2000; Overeenkomst Twinta Twentsche Hof, 2000).

Pantein: het ontwerpen van een geïntegreerd systeem

De bestuurders van Pantein formuleerden 'beleidspeilers' en 'ontwerpeisen' om tot een concernstructuur te komen. De peiler 'het bereiken van een hoge kwaliteit van de interne organisatie' was op de structuur gericht. Klantgerichtheid en efficiëntie stonden centraal in de ontwerpeisen om tot die interne kwaliteit te komen. Alle processen moesten klantgericht georganiseerd



Figuur 6.1. Organogram Pantein

worden. Een ‘interne klant-leveranciersrelatie’ zou de klantgerichtheid tussen de ondersteuning en primaire processen mogelijk maken. De klant bleef echter alleen centraal staan, zolang dit niet tot teveel efficiëntieverlies leidde.

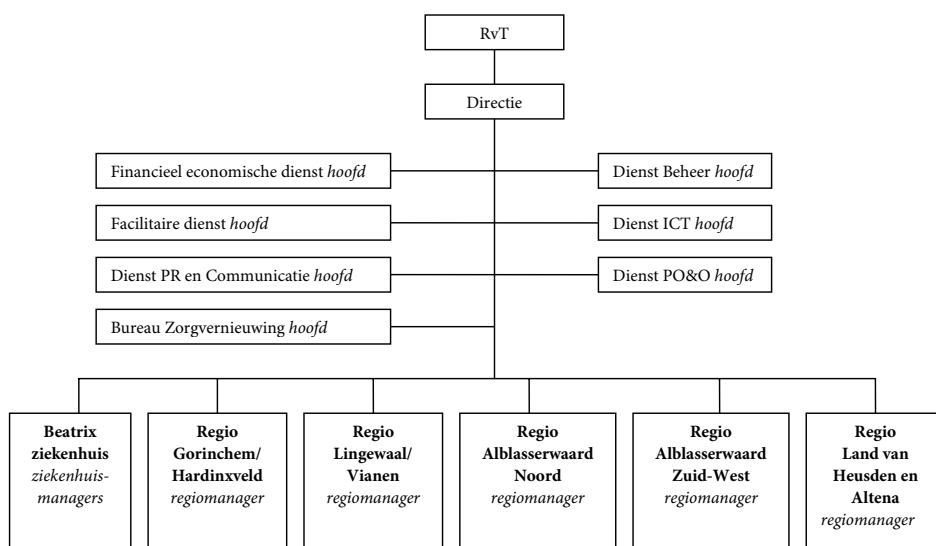
Het streven naar efficiëntie leidde bij Pantein tot een grote nadruk op eenheid. Pantein moest een systeem worden. Een RvB-lid licht toe dat organisaties als deelsystemen binnen het grotere Panteinsysteem werden gezien. Er moest zodanig met elkaar samengewerkt worden dat een patiënt zonder obstakels door het systeem kon lopen. Bij Pantein zijn geen fasen vastgesteld, maar instrumenten ontworpen om dit te bereiken. Total Quality Management (TQM) was één van deze instrumenten. Het werd de besturingsfilosofie van Pantein, omdat ‘de organisatie daarmee van nature inbouwt dat klantgerichtheid voor de organisatie als geheel en voor alle medewerkers centraal staat’. TQM paste naadloos op de doelen, omdat het als verbeterinstrument de waardering van klanten, maatschappij en medewerkers centraal stelt. Met TQM kon tenslotte tot de gewenste eenheid in beleid en bestuur gekomen worden. Het uniformeren en protocoleren van processen was een tweede belangrijk instrument. De patiënt volgend werd beschreven hoe processen gestroomlijnd konden verlopen. Vervolgens werden de deskundigheden, managementcompetenties, bevoegdheden, beheersmaatregelen en systemen vastgesteld, die bij deze processen hoorden. Dit leidde tot een accent op centraliseren. Vanuit de ontwerpeisen ‘decentraal waar mogelijk, centraal waar nodig’ en ‘een kleine top en een platte organisatie’ werd echter besloten om strategische en tactische beslissingbevoegdheden centraal te plaatsen en

de operationele te decentraliseren (Visie op de toekomst van de combinatie zorg en wonen 2000-2005, 2000; Leiderschap en Organisaties van de Combinatie Zorg en Wonen, 2000).

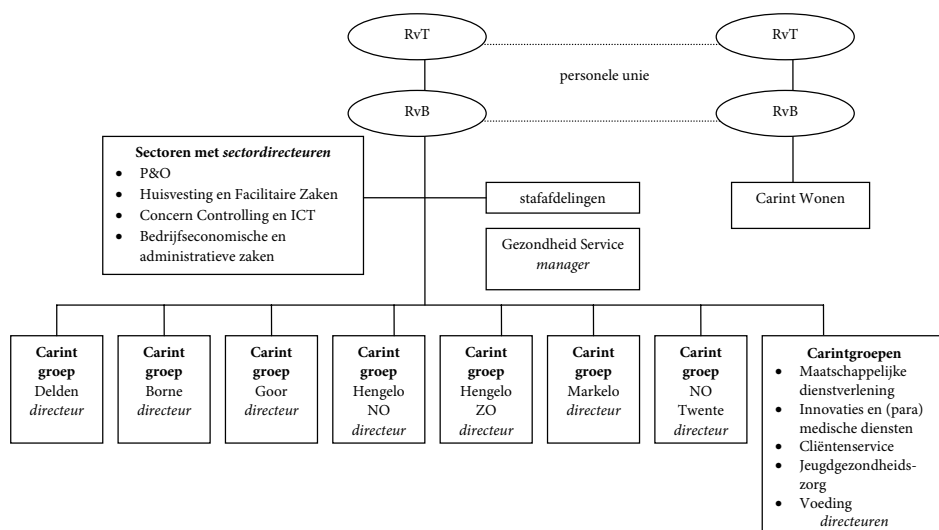
Op primair procesniveau werden het ziekenhuis en de woningcorporaties in afzonderlijke divisies ondergebracht. De definitieve structuur van V&V hing af van de nog komende fusie met de thuiszorg. De structuur van Stichting Zorgcentra Land van Cuijk werd overgenomen om alvast enige lijn te krijgen in het V&V-deel. Dit was een structuur met regionale clusters, vergelijkbaar met de integrale eenheden van Rivas en Carint. De reden voor deze keuze was dat op die schaal het beste integrale zorg gerealiseerd kon worden. De structuur sloot ook aan bij de structuur van de thuiszorg.

6.2.3 De gekozen concernstructuren

Op basis van hun uitgangspunten implementeerden de bestuurders de concernstructuren. Bij Pantein werd vier maanden na de fusie een partieel functioneel geordende divisiestructuur geïmplementeerd (zie figuur 6.1). Pantein werd een holding met Maasziekenhuis Pantein, Pantein V&V en Pantein Wonen als dochterstichtingen. Pantein Wonen werd op basis van een overeenkomst en een personele unie aan Pantein verbonden. Rivas ontmantelde de werkmatschappijen en kantelde in 2002 naar een partieel regionale structuur (zie figuur 6.2). Carint ontvlocht de stichtingen TCT, SZH en DTH en tuigde in 2003 een nieuwe structuur voor Carint op (zie figuur 6.3). De stichtingen huisvestingen ouderen, die als rechtspersonen van TCT, SZH en DTH waren meegefuseerd, werden onder een Stichting Carint Wonen gebracht en met een personele unie aan Stichting Carint verbonden.



Figuur 6.2. Organogram Rivas



Figuur 6.3. Organogram Carint

De zorgketens hebben alle één Raad van Bestuur, Raad van Toezicht of Raad van Commissarissen en een groot gecentraliseerd ondersteunend apparaat. Er zijn ook verschillen. Bij Rivas en Carint zijn de oorspronkelijke stichtingen volledig ontmanteld om de regionale eenheden te vormen. De voorzieningen van deze stichtingen zijn over de regio's herverdeeld. Bij Pantein zijn de werkgebieden van de oorspronkelijke stichtingen aangehouden. Door de structurering naar regionale eenheden heeft Rivas vijf regio's met combinaties van thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg. Carint heeft acht Carintgroepen, waarin soms ook de SWO zijn ondergebracht. Pantein heeft vier regionale clusters met verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg. In één cluster is de SWO geïntegreerd. In geen van de regio's, Carintgroepen en clusters zijn echter altijd alle zorgvormen aanwezig (de Carintgroep Borne heeft bijvoorbeeld alleen thuiszorg).

Rivas en Pantein hebben hun ziekenhuis als afzonderlijke organisatiepoot gestructureerd. De diensten die omwille van efficiëntie en de regionale dekking bovenregionaal georganiseerd moesten worden, zijn bij Pantein en Rivas centraal ondergebracht en bij Carint als afzonderlijke Carintgroepen georganiseerd.

6.3 Het ontwikkelen van managementstructuren

De managementstructuren zijn met de implementatie van de nieuwe structuren gewijzigd. De managementstructuren van de fuserende organisaties waren tot die tijd, op de bestuurlijke na, gehandhaafd. Het waren functioneel geordende managementstructuren. Managers stuurden één zorgvorm aan. Deze gerichtheid op het eigen zorgdeel stond loodrecht op de ambitie om de bestaande zuilen te doorbreken. Rivas, Carint en Pantein verruilden hun functionele struc-

Rivas	Carint	Pantein
Dominante fasering ontwikkeling managementstructuren		
<ul style="list-style-type: none"> • integratie directie en bestuur • van behoud functioneel management naar integraal management • integreren management met primaire proces door decentralisatie van bevoegdheden volgens principes van unitmanagement 		
<u>3 hoofdige directie</u> met geïntegreerd takenpakket: per directielid combinatie zorg, ondersteunende dienst, beleidsgebied	<u>3 hoofdig RvB</u> met geïntegreerd takenpakket: per RvB-lid combinatie zorg, ondersteunende dienst, beleidsgebied	<u>éénhoofdig RvB</u> : eindverantwoordelijk voor Pantein en ondersteunende diensten <u>3 sectordirecteuren</u> : verantwoordelijk voor ziekenhuis of V&V en Wonen
<u>Regiomanagers</u> integraal verantwoordelijk voor continuüm in regio en aansluiting met ziekenhuis	<u>Carintgroepdirecteuren</u> integraal verantwoordelijk voor continuüm in Carintgroep	<u>Clustermanagers</u> partiële integrale verantwoordelijkheid voor continuüm in cluster (delen met sectordirecteur)
<u>Rayon- en locatiemanagers</u> : verantwoordelijk voor het continuüm en integraal verantwoordelijk voor locatie of thuiszorgteams in de regio	<u>Zorgmanagers</u> verantwoordelijk voor het continuüm en integraal verantwoordelijk voor één thuiszorgteam, enkele verpleeghuisafdelingen of heel verzorgingshuis	<u>Zorgmanagers</u> alleen verantwoordelijk voor beheersmatige zaken in een verzorgingshuis of verpleeghuis
<u>Afdelingshoofd/ teamleiders</u> partieel integraal verantwoordelijk voor de uitvoering team thuiszorg of afdeling verzorgings- of verpleeghuis	<u>Teamleiders</u> Alleen op afdelingen in verzorgingshuizen aanwezig: alleen uitvoerende verantwoordelijkheden	<u>Afdelingshoofden/ teamleiders</u> Per afdeling verzorgings- of verpleeghuis: partieel integraal verantwoordelijk voor uitvoering
<u>Ziekenhuismanagement</u> sector-, dienst- en afdelingshoofden		<u>Ziekenhuismanagement</u> afdelingshoofden en specialist managers

Tabel 6.2. De managementstructuren

turen daarom voor structuren waarbinnen het aansturen op integrale zorg mogelijk werd. In de wijze waarop zitten overeenkomsten en verschillen (zie tabel 6.2).

Paritaire integratie aan de top

Rivas, Carint en Pantein zijn alledrie begonnen met het integreren van de besturen en de Raden van Toezicht. In deze organen namen steeds minimaal één bestuurder en één directeur van de fuserende organisaties deel om de bestuurlijke en inhoudelijke continuïteit te waarborgen. Die paritaire samenstelling is er niet meer. Bij Rivas namen de directeuren van het Beatrixziekenhuis en de Waardse Rading nog voor de omslag naar de regiostructuur ontslag. Er kwam een nieuwe ziekenhuisdirecteur en met de fusie met Waerthove werd de directeur van Waerthove het derde lid. Rivas heeft geen bestuurslid meer, die oorspronkelijk uit de thuiszorg afkomstig is. Tegenwoordig bestaat het bestuur van Carint daarentegen uit twee

thuiszorgbestuurders. De bestuurder van TCT kwam in het bestuur, nadat het bestuurslid van SZH in 2002 met pensioen ging.

Bij Pantein zijn ook bestuurswisselingen geweest. Na de fusie werd de directeur van Stichting Zorgcentra Land van Cuijk sectordirecteur Pantein V&V en die van Stichting Zorgcentra Boxmeer - Sint Anthonis sectordirecteur Pantein Wonen. Het Maasziekenhuis behield haar directeur. Deze directeur werd tevens voorzitter van de RvB. De constructie om het directeurschap van het ziekenhuis en het voorzitterschap te combineren maakte het echter lastig om de ambities van Pantein te realiseren. De topstructuur werd gewijzigd. Er kwam een eenhoofdig bestuur met de titel Algemeen directeur voor de Stichting Pantein. De voorzitter van de RvB ging deze functie bekleden. Voor het ziekenhuis werd een nieuwe directeur aangesteld (Vorgenomen besluit inrichting topstructuur Pantein, 2002). Na deze herschikking vertrok de directeur van Pantein Wonen. De sectordirecteur Pantein V&V nam deze functie erbij, zodat de integratie tussen Pantein Wonen en Pantein V&V verbeterd kon worden. Omdat de taken van deze directeur daarmee sterk groeiden werd een clustermanager parttime interim directeur V&V.

Het managen van de zorgketens

In de zorgketens zijn bevoegdheden en verantwoordelijkheden geïntegreerd en naar principes van unitmanagement gedecentraliseerd om beter op integrale zorg te kunnen managen. Unitmanagement biedt de voorwaarden om aan te sluiten bij de lokale kleur, terwijl tegelijkertijd tot eenheid in besturing wordt gekomen. De mate van decentralisatie en integratie verschilt per zorgketen. Pantein heeft de meest centralistische en minst geïntegreerde managementstructuur en de meeste managementlagen. Carint heeft de meest gedecentraliseerde structuur met de minste managementlagen. Rivas zit daar tussenin. De integratie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden is bij Rivas en Carint meer dan bij Pantein en op vergelijkbare wijze vorm gegeven.

Op directieniveau is de voorzitter van de RvB bij Pantein integraal eindverantwoordelijk voor Pantein en de ondersteunende diensten. De sectordirecteuren zijn verantwoordelijk voor hun divisie. Bij Rivas en Carint zijn de bestuurlijke verantwoordelijkheden voor de zorg en ondersteuning meer over de directieleden of Raad van Bestuursleden verdeeld. Bij Rivas sturen de directieleden een combinatie aan van één of meer regio's, het ziekenhuis, ondersteunende diensten en specifieke beleidsgebieden. Bij Carint heeft ieder RvB-lid een aantal Carintgroepen, sectoren en beleidsaandachtsgebieden in zijn portefeuille.

Op middenkaderniveau zijn bij Carint Carintgroepdirecteuren aangesteld, bij Rivas regiomanagers en bij Pantein clustermanagers. Allen zijn verantwoordelijk voor de zorg in hun eenheden en het realiseren van een continuüm van zorg daarbinnen. Zij zijn daarbij gedeeltelijk budgettair en operationeel verantwoordelijk voor de ondersteuning. Bij Pantein delen

de clustermanagers deze verantwoordelijkheden met de sectordirecteur. Deze heeft een zware stem in de aansturing. De Carintgroepdirecteuren en regiomanagers van Carint en Rivas zijn meer zelfstandig verantwoordelijk.

Onder deze managers ressorteren bij Rivas rayonmanagers thuiszorg en locatiemanagers van de verzorgings- en verpleeghuizen. Carint heeft zorgmanagers verpleging (verpleging thuiszorg), verzorging (verzorging thuiszorg), verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg en zorgmanagers welzijn (SWO). Pantein heeft zorgmanagers voor de verzorgings- en verpleeghuizen. Deze managers zijn bij Rivas en Carint mede verantwoordelijk voor het continuüm van zorg en beleid en verantwoordelijkheid voor de aansturing van hun zorgvormen. De zorgmanagers van Pantein zijn daarentegen alleen verantwoordelijk voor de beheersmatige en dagelijkse gang van zaken op de locaties. Zij dragen geen verantwoordelijkheid voor het continuüm en beleid in de clusters.

Rivas en Pantein hebben nog een laag afdelingshoofden en teamleiders. Deze zijn verantwoordelijkheid voor de inhoud, planning en uitvoering van de zorg. Bij Rivas hebben deze uitvoerende managers meer verantwoordelijkheden voor het personeel en het budget dan bij Pantein. Pantein was niet van plan om een tussenlaag zorgmanagers aan te stellen. Ze zijn gekomen om de workload van de clustermanagers te verlichten. Bij Carint zijn alleen in de verzorgingshuizen teamleiders met de taak om de zorg op een afdeling te plannen. De zorgmanagers hebben elders deze taak. Zij zijn de afdelingshoofden en teamleiders. Dit kan bij Carint, omdat de Carintgroepen een kleiner regionaal gebied bestrijken dan bij Rivas.

De managementstructuren van de ziekenhuizen van Pantein en Rivas zijn onveranderd gebleven. Het Beatrixziekenhuis van Rivas heeft nu echter wel een 'eigen management'. In de tijd van de SZG was er één management voor het ziekenhuis en de verpleeghuizen. De verantwoordelijkheden voor het realiseren van aansluiting tussen het ziekenhuis en V&V zijn verschillend verdeeld. Bij Rivas is dit de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de regiomanagers en de sectorhoofden. Bij Pantein ligt deze taak bij de sectordirecteuren en de algemeen directeur.

De managementstructuren van de ondersteunende diensten zijn eveneens gewijzigd. De gecentraliseerde diensten in de drie zorgketens hebben alle een eigen hoofd gekregen. Binnen de ondersteunende diensten gebeurde echter nog meer.

6.4 Het ontwikkelen van een structuur voor de ondersteunende diensten

Het ontwikkelen van een structuur voor de ondersteunende diensten is zowel bij Rivas, Carint als Pantein een ingrijpende en uitdagende klus geweest. Net na de fusies had iedere fuserende stichting in de zorgketens eigen ondersteunende diensten. Alle waren zeer verschillend georganiseerd. De ondersteuning verschilde in aangeboden diensten, omvang, gebruikte systemen,

Rivas	Carint	Pantein
Dominante fasering ontwikkeling structuur ondersteunende diensten		
<ul style="list-style-type: none"> • integreren ondersteunende diensten: samenvoegen en centraliseren ondersteunende diensten, harmoniseren systemen en procedures, verhuizen medewerkers naar één locatie • integreren ondersteuning met primaire proces: decentraliseren met teams (accountfuncties) • integreren ondersteuning en management: met principes van unitmanagement, SLA's en nieuwe verdeling verantwoordelijkheden en bevoegdheden 		
<u>Centralisatie</u>	<u>Centralisatie</u>	<u>Centralisatie</u>
Centrale afdeling voor opleidingen, mobiliteit, administratie, ondersteuning directie en andere ondersteunende diensten	Centrale afdelingen personeelsadvies, personeelsbeheer en opleidingen	Vakspecialisten P-team Maasziekenhuis en P-team V&V en Wonen met personeelsadviseurs en administrateur
<u>Decentralisatie</u>	<u>Decentralisatie</u>	
P-teams voor ziekenhuis en ondersteunende diensten en teams voor 2-3 regio's met teamhoofd en personeelsadviseurs	Detachering medewerkers alle afdelingen in P-teams voor combinatie Carintgroepen of sectoren	
<u>Management</u>	<u>Management</u>	<u>Management</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Hoofd PO&O: h, f, o gecentraliseerd deel en eind-verantwoordelijk voor teams • Teamhoofden: h, f teams • Regio/ziekenhuismanagers: o teams 	<ul style="list-style-type: none"> • Sectordirecteur P&O: h, f, o centrale diensten en h, f teams • Carintgroepdirecteuren: o teams 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoofd PO&O: h, f alles • Sectordirecteur: o • Coördinator team: o, f team
h= hiërarchische-, f= functionele-, o= operationele verantwoordelijkheid		

Tabel 6.3. De ondersteuningsstructuren

procedures en functies en taken van medewerkers. De ondersteunende diensten werden bij alledrie om efficiëntieredenen geïntegreerd. Gegeven de grote verschillen tussen de diensten was dit geenszins eenvoudig. Het behelsde het maken van keuzes voor en het uniformeren van diensten, systemen en procedures. Medewerkers kregen nieuwe taken en vaak ook een nieuwe werkplek. Dat was nog niet alles. De integratie werd weliswaar met het oog op efficiëntie ingezet, maar tegelijkertijd werd naar stroomlijning van de ondersteunende processen met de primaire processen gestreefd. Losgeweekt van de eigen stichtingen en door de kanteling van de primaire processen was de aansluiting tussen de ondersteuning en primaire processen verloren gegaan. Het dichten van deze kloof was een tweede uitdaging voor de zorgketens. Na integratie en centralisatie werden de pijlen gericht op het decentraliseren van de ondersteuning. Door decentrale teams te formeren trachtten de drie zorgketens de kloof te overbruggen. Hiermee ontstonden echter weer nieuwe vragen: Wie stuurde nu het personeel in de decentrale teams aan en wat kon wel en niet gedecentraliseerd worden? Hieronder is beschreven hoe deze uitdagingen bij Rivas, Carint en Pantein zijn opgepakt. De personeelsdiensten zijn als voorbeeld genomen (zie tabel 6.3).

Teamondersteuning in de 'HOF-huishouding' bij Rivas

Nog voor de fusie riepen de toekomstige Rivasdirecteuren de hoofden P&O bij zich. Hen werd verteld dat ze hun PO&O-diensten moesten integreren tot één PO&O dienst. Ze kregen daarbij de opdracht om met de integratie te komen tot efficiëntiewinst, een eenduidige aansturing en besturing van de dienst en een optimale ondersteuning van de primaire processen. Hoe de dienst eruit moest zien? Dat was aan de hoofden om te bepalen. De drie hoofden gingen direct aan de slag. Ze hadden een aantal belangrijke beslissingen te nemen. Welke diensten zou PO&O gaan leveren? Wat moest centraal en decentraal worden aangeboden? Welke systemen zouden worden gebruikt? Hoe zou de dienst worden aangestuurd?

De hoofden formuleerden de volgende uitgangspunten om hierover te beslissen: PO&O moest herkenbaar zijn voor medewerkers, dicht bij leidinggevendenden worden ondergebracht en hen ondersteunen, concernbreed beleid vertalen naar de eenheden en wensen van de eenheden vertalen naar concernbeleid (Organisatieplan dienst PO&O Stichting Rivas, 1999). Na dit te hebben vastgesteld, bekeken zij wat centraal en decentraal ondergebracht zou worden. De hoofden kwamen onder het motto 'centraal wat moet en decentraal wat kan' tot de conclusie dat de ondersteuning, op die aan de directie na, gedecentraliseerd kon worden. Activiteiten werden ook gecentraliseerd als decentralisatie ten koste zou gaan van benodigde centrale afstemming en te bereiken doelmatigheid. Zo menend, zo doende. De hoofden kwamen met een structuur waarbij iedere sector binnen de werkmaatschappijen een personeelsteam kreeg met personeelsadviseurs en een P-teamcoördinator. De personeelsadviseurs adviseerden het middenkader en zij voerden voor hen PO&O-activiteiten uit. Beleidsmatig zorgden zij voor de top-down en bottom-up vertaling en vorming van beleid. De P-teamcoördinatoren deden hetzelfde voor de managementteams van de werkmaatschappijen. De sector WoonZorg, die relatief klein was, had slechts één personeelsadviseur. Deze adviseur kwam in het MediZorg-team om vervangings- en kwaliteitsproblemen te voorkomen. Afdelingen voor opleiding en mobiliteit en de personeels- en salarisadministratie (PISA) werden centraal ondergebracht. Een P-team voor de ondersteunende dienst werd ook gecentraliseerd.

Het hoofd van MediZorg werd hoofd PO&O. De vraag was echter wie de medewerkers in de P-teams zou aansturen. Deze medewerkers ressorteerden zowel onder het hoofd PO&O als onder een manager van een zorgketenonderdeel. Om uit deze matrix te komen formuleerde het hoofd principes van 'leidinggeven in **de HOF-huishouding**'. Leidinggeven, zo vertelt hij, bestaat uit een hiërarchisch aspect (aannemen, ontslaan, beoordelen), een operationeel aspect (wat wanneer doen) en een functioneel aspect (hoe doen). Volgens het hoofd is het ideaal als al deze taken bij één persoon liggen, omdat er dan eenheid van leiding is. Rivas was echter te groot en taken waren te gespecialiseerd om hiervoor te kiezen. Het zou betekenen dat het hoofd de onmogelijke taak kreeg om alle personeelsadviseurs te vertellen wat zij, wanneer en hoe moesten doen. De managers voor wie de personeelsadviseurs gingen werken kregen daarom de operationele verantwoordelijkheid. Zij konden het beste bepalen wat een medewerker

moest doen. De P-teamcoördinatoren werden hiërarchisch en functioneel verantwoordelijk. Het hoofd PO&O werd eindverantwoordelijk. De werkprocessen werden daarbij geharmoniseerd. Systeemkeuzes werden gemaakt door best practices te achterhalen.

De integratie heeft veel van medewerkers gevraagd. Medewerkers moesten zich nieuwe systemen eigen maken als niet voor hun systeem was gekozen en vaak naar een nieuwe locatie verhuizen door de decentralisatie met P-teams. Toen diende zich met de regiovorming en de fusie met Waerthove opnieuw een reorganisatie aan. Deze reorganisatie was minder ingrijpend. De hoofden hadden rekening gehouden met de komende kanteling bij het maken van de keuzes voor centralisatie, decentralisatie en de aansturing. De reorganisatie behelsde dat de P-teams niet meer de werkmaatschappijen, maar de nieuwe onderdelen gingen ondersteunen. Er zijn nu een P-team voor het ziekenhuis en de ondersteunende diensten tezamen en twee P-teams, die ieder twee of drie regio's ondersteunen. De P-teamcoördinatoren, nu teamhoofden, voeren daarbij niet meer uit. Zij hebben de taak om de teams aan te sturen en beleid te ontwikkelen. De rest is hetzelfde gebleven.

Organiseren met een front en back office bij Carint

De ontwikkeling van de sector P&O van Carint begon met een grote verhuizing van alle ondersteunende medewerkers naar één gebouw. Het was slechts een fysieke integratie. Medewerkers bleven hun oude taken verrichten. Systemen en procedures werden op de achtergrond al wel geharmoniseerd. Thuiszorgsystemen werden 'leading'. Volgens het hoofd P&O moest men wel voor thuiszorgsystemen kiezen, omdat de thuiszorg de meeste medewerkers en een cliëntregistratie had. De overige partijen hadden een productregistratie en konden makkelijker overschakelen. Procedures werden daarentegen opnieuw uitgedacht. De verscheidenheid was te groot om voor bestaande procedures te kiezen (Notitie P&O, 2000; Plan P&O, 2003). Een werkgroep werkte in die tijd aan een nieuwe structuur. De werkgroep formuleerde, onder het motto 'dicht bij de klant', de volgende uitgangspunten voor P&O: 'P&O is ondersteunend aan de lijn, vanuit een klantgerichte relatie. Essentieel is dat P&O in de nieuwe klantrelatie prioriteit weet te geven aan een co-makshiprelatie, door contact te zoeken, 'erbij' te zijn en gezamenlijk met de klant de zoektocht te ondernemen. P&O zal vanuit een klantgerichte houding de Carint Organisatie ondersteunen, vanuit de grondhouding: 'Elke groep zijn eigen kleur'; decentrale beleidsvrijheid versus centrale aansturing.' (Jaarbeeld 2001,2002; Voorgenomen besluit tot vorming dienst P&O, 2000; Plan P&O, 2003). P&O moest de directeurs maximaal ondersteunen. Decentralisatie werd hiertoe nodig geacht. Maar, vertelt een hoofd P&O, centralisatie was nodig om know-how te bundelen en om beheersbaar te worden. De structuur van P&O werd daarom een structuur met drie centrale afdelingen (personeelsadvies, personeelsbeheer en opleidingen) en P-teams voor de Carintgroepen en sectoren. In de teams zaten personeelsadviseurs, personeelsconsultanten, administrateurs en opleidingsfunctionarissen. De directeur P&O en het hoofd personeelsbeheer stuurden de medewerkers hiërarchisch en functioneel aan. De operationele aansturing lag bij de Carintgroepdirecteuren.

Volgens bovenstaande structuur en afgesproken werkwijzen ging men van start. Het ging echter niet goed. Het was niet gelukt om bestanden samen te voegen, procedures te harmoniseren en afgesproken werkwijzen te implementeren. De afdeling werd overspoeld met kritiek. In juni 2003 werd een externe adviseur aangesteld om uit de problemen te komen. Deze stelde tot opluchting van de medewerkers vast dat P&O heel veel had weten te bewerkstelligen in de korte tijd die daarvoor beschikbaar was. Probleem was alleen dat taken nog niet afdoende verdeeld waren, waardoor functies en processen onhelder waren en elkaar overlaptten. Sommige medewerkers hadden daarbij een kennisachterstand. Ook was er achterstallig onderhoud aan de systemen. In de relatie met de directeurs zaten tevens knelpunten. Medewerkers moesten zoveel met directeurs overleggen dat ze niet aan de uitvoering toe kwamen. Het aantal te ondersteunen locaties was te groot. De directeurs hadden te uiteenlopende wensen en niet afdoende kennis om over P&O-zaken te beslissen. De directeurs vonden op hun beurt dat ze nog teveel zelf moesten doen en zij vonden het onduidelijk wie ze waarvoor moesten hebben. Het advies was om een onderscheid te gaan maken tussen de front room en de back room en tussen standaardwerk en maatwerk. Het hoofd P&O licht toe dat P-adviseurs en P-functionarissen in de front room contacten met directeurs onderhouden. Dat kan om standaard dingen gaan, zoals het opstellen van een vacature of om maatwerk gaan, zoals het bespreken van een nieuwe functie. In de back room zitten P-consulenten en administrateurs. In het maatwerk en met Service Level Agreements moest de gewenste vraagsturing tot uitdrukking gaan komen (Eindadvies P&O-functie, 2003).

Deze structuur wordt nu geïmplementeerd onder het motto ‘ontwikkeling door beheersing’ (Jaarplan 2004, P&O). ‘We proberen het beheersproces veel beter in de vingers te krijgen en de kwaliteit te verbeteren volgens het adagium zonder beheer geen beleid’, vertelt een hoofd P&O. Het moet voor directeurs ook duidelijk worden waarvoor zij wel en niet bij P&O kunnen aankloppen en bij wie zij moeten zijn. En dan, aldus het hoofd, ‘kunnen we ook klantgericht en extern gericht gaan werken’ in plaats van alleen maar ‘gericht te zijn op de eigen processen en procedures en de neuzen dezelfde kant opzetten’.

Gecentraliseerd ondersteunen bij Pantein

De hoofden P&O van Pantein hadden het streven om in 2000 tot een geïntegreerde PO&O-dienst te komen. Zij hadden hierbij een extra uitdaging in vergelijking met hun collegae bij Rivas en Carint. Zij moesten in hun plannen rekening houden met de nog komende fusie met de thuiszorg. Dit vertraagde de ontwikkeling. Zij konden de integratie pas voortvarend doorzetten toen de thuiszorg afzag van de fusie (Jaarverslag 2002, 2003). De hoofden organiseerden een grote kick-off bijeenkomst om hun integratieplannen te presenteren. Zij stelden drie scenario's voor: alles aan de top organiseren, alles bij de divisies organiseren of een combinatie. De keuze viel op een combinatie. De implementatie werd echter trapsgewijs aangepakt. Als tussenstap werd gekozen voor het door Pantein zogenoemde ‘gecentraliseerd voorgesorteerd gedeconcentreerde model’. Alles werd eerst centraal georganiseerd met alvast een onderverdeling

naar een team voor het Maasziekenhuis en een team voor V&V (inclusief wonen) om later te kunnen decentraliseren. Het gecentraliseerd voorgesorteerd gedeconcentreerde model werd als tussenstap nodig geacht om ‘centrale kaders uit te zetten en maximale uniformering toe te passen in personeelsbeleid en processen’ (Integratie stafafdelingen personeelszaken op Panteinniveau, 2003). Het hoofd PO&O licht toe dat centralisatie nodig was ‘om het huis op orde te krijgen’. Het bundelen van ontwikkelkracht en het harmoniseren van systemen, procedures en formulieren is nodig om de primaire processen te kunnen ondersteunen, aldus het hoofd. De keuze voor systemen werd gemaakt op basis van wat de gebruikers in de divisies en op Pantein Centraal nodig hadden. Men koos niet voor systemen waarmee het meeste kon, maar voor systemen, die het meeste aansloten bij de gebruikerseisen.

Alle medewerkers zijn met de implementatie van het model naar een flat bij het Maasziekenhuis verhuisd. Zij zijn wel blijven werken voor hun oorspronkelijke onderdelen. Medewerkers van het Maasziekenhuis zijn nu het team Maasziekenhuis en idem dito bij V&V. De teams bestaan uit personeelsadviseurs en administrateurs. Deze medewerkers hebben decentrale accounts (locaties V&V, Wonen of afdelingen ziekenhuis). Zij houden spreekuren op locatie. Ieder team heeft een coördinator, die de medewerkers operationeel en tactisch aanstuurt en de directeuren adviseert. De sectordirecteuren geven operationeel leiding aan de coördinatoren. Het hoofd PO&O is hiërarchisch leidinggevende van alle PO&O medewerkers. De algemeen directeur is hiërarchisch leidinggevende van het hoofd PO&O (Integratie stafafdeling personeelszaken op Panteinniveau, 2003; Notitie leiderschap en organisatie, afdeling personeelsmanagement en O&O, 2003). Het hoofd PO&O vertelt dat overwogen is om V&V-teams per clusters te maken. Hiervan is afgezien. De continuïteit in de dienstverlening zou teveel onder druk komen te staan, omdat de formatie per cluster te klein zou worden. Ondersteuners zouden elkaar niet kunnen vervangen. Ten tweede zou beleidsmatig met drie of vier teams afgestemd moeten worden in plaats van met één team. Dat zou de efficiëntie en snelheid niet ten goede komen.

Het gecentraliseerd voorgesorteerd gedeconcentreerde model bestaat op dit moment nog steeds bij Pantein. De tijd om te decentraliseren is echter aangebroken. De sectordirecteuren worden hiërarchisch verantwoordelijk voor hun team. Op centraal niveau komt een concern-staf en een shared service center. De staf gaat bestaan uit de hoofden van alle ondersteunende diensten en enkele strategische adviseurs. Het (strategisch) beleid voor de ondersteuning zal voornamelijk door hen worden gemaakt. In het shared service center worden alle serviceachtige en uitvoerende taken, zoals de financiële administratie, ondergebracht. De diensten van het shared service center komen in principe in aanmerking voor uitbesteding.

6.5 Het ontwikkelen van beleids- en overlegstructuren

Om tot doelbereiking te komen worden niet alleen genoemde structuren ontwikkeld, maar ook beleids- en overlegstructuren. Hierover handelt deze paragraaf.

Met beleid cyclisch afstemmen

Bij Rivas, Carint en Pantein wordt gemeend dat de doelen van de zorgketen in alle onderdelen centraal moeten staan. De tijd is voorbij dat iedere stichting of organisatie eigen doelen mag stellen en zelf mag bepalen waartoe middelen worden ingezet. In de zorgketens is één concernbrede planning-, controle- en beleidscyclus geïmplementeerd (zie tabel 6.4). De cycli van Rivas, Carint en Pantein lopen gelijk, op een paar kleine nuances na. De directie van Rivas, de RvB van Carint en het MT van Pantein brengen op basis van hun meerjarenplannen jaarplannen of kaderbrieven uit. Deze vormen de centrale beleidskaders waarbinnen de managers van de verschillende onderdelen hun eigen plannen mogen maken. Deze plannen dienen goedgekeurd te worden door de directeuren en RvB-leden. Afspraken worden vastgelegd in Service Level Agreements (Rivas, Carint) of managementcontracten (Pantein). De uitvoering van de plannen wordt periodiek getoetst. Deze centralistische wijze van beleidsvorming vindt niet plaats zonder decentrale input of decentrale vrijheid. Managers hebben enige inbreng in de centrale kaders en enige ruimte om decentraal beleid te vormen binnen de centrale kaders. De reden voor deze combinatie van centrale kaders en decentrale vrijheid is bij de zorgketens dezelfde. De centrale kaders zijn nodig om de zorgketens eenduidig te kunnen besturen en om gezamenlijke doelen te behalen. Beleidsvrijheid is nodig om te kunnen aansluiten bij de wensen van cliënten en medewerkers en de lokale kleur van de regio's.

De inbreng die medewerkers in het beleid hebben verschilt echter wel per zorgketen. Pantein heeft een vrij centralistische beleidscyclus. De sectordirecteuren en de voorzitter van de RvB maken het centrale beleid. De clustermanagers zijn daar formeel niet bij betrokken. Bij Rivas en Carint maakt het middenkader de centrale kaders samen met de directie en RvB. De bestuurders hebben wel het laatste woord.

De beleidsvrijheid die managers hebben binnen de centrale kaders verschilt eveneens. Carint geeft de meeste beleidsvrijheid. De Carintgroepdirecteuren zijn vrij om eigen beleid te maken zolang zij met hun beleid aansluiten bij de wensen van cliënten en binnen de gestelde kwaliteitseisen blijven. Anders ligt het voor de sectordirecteuren en directeuren van de bovenregionaal georganiseerde Carintgroepen. Zij maken beleid voor heel Carint en kunnen hun plannen niet doorvoeren zonder overleg en goedkeuring van de RvB. 'Ik kan niks solistisch doen,'

	Rivas	Carint	Pantein
Dominante overeenkomsten			
	<ul style="list-style-type: none"> • integratie beleid: uniform centraal beleidskader, één planning en controlecyclus • decentrale beleidsplannen vanuit centraal beleidskader, formaliseren met SLA's en contracten 		
beleidsvorming	bottum-up en top down	bottum-up en top down	top down
decentrale beleidsvrijheid	gemiddeld	groot	klein

Tabel 6.4. De beleidscycli

vertelt een directeur, 'ik rij me ook te pletter de groepen door en dan probeer je zo goed mogelijk af te stemmen. Zeggen ze ja, dan moeten ze er ook in mee, maar zeggen ze nee, dan houdt het op'.

De vrijheid bij Pantein is het geringst. Decentraal beleid omvat voornamelijk beleid gericht op operationele activiteiten. Een directeur en een clustermanager lichten toe dat decentraal plannen kunnen worden gemaakt over het leveren van bijvoorbeeld zorg in samenwerking met de thuiszorg of activiteiten in samenwerking met de SWO. De lijnen lopen echter via de directie als die samenwerking een meer structureel karakter moet krijgen (bijvoorbeeld het opzetten van geïntegreerde teams tussen thuiszorg en V&V). Bij Rivas zit de beleidsvrijheid hier tussenin. In principe is Rivas een organisatie die niet of nauwelijks met blauwdrukken werkt. Het ontwikkelen vanuit de praktijk is leidend en daarmee het principe dat vorm de inhoud volgt. Er zijn echter wel centrale kaders voor Rivas overstijgende beleidsonderwerpen.

De taak om af te stemmen

Een vorm van centralisatie van beleid is het toewijzen van beleidsaandachtsgebieden aan managers. Managers bij Rivas, Carint en Pantein krijgen de taak om alles betreffende een beleidsonderwerp te coördineren. Het doel van deze taakverdeling is om tot eenheid te komen in de zorgketens. Het voorkomt dat iedereen iets anders gaat opzetten. Het is ook efficiënt, omdat er één aanspreekpunt is aangaande een onderwerp. In eerste instantie kregen alleen de bestuurders aandachtsgebieden toegewezen om na de fusie tot eenheid in de zorgketen te komen. Tegenwoordig heeft ook het middenkader beleidsportefeuilles. Een directielid van Rivas heeft bijvoorbeeld ICT en kwaliteit in zijn portefeuille. Een regiomanager is portefeuillehouder van de verpleeghuisartsen en nachtzorg. Bij Carint hebben ook de zorgmanagers beleidsportefeuilles gekregen.

Het realiseren van afstemming wordt in de zorgketens ook op andere manieren met taakverdelingen bewerkstelligd. Bij Carint wordt met programmamanagement gewerkt om overzicht te houden over de vele projecten en om interferentie te voorkomen. Projecten worden onder programmalijnen gehangen en door de directeur Carintgroep innovaties en de concerncontroller aangestuurd. In de zorgketens hebben hele onderdelen voorts de taak om specifiek beleid en innovaties te ontwikkelen en eenduidig te implementeren. Het gaat om de Carintgroep Innovaties, Bureau Zorgvernieuwing van Rivas en de afdeling Onderzoek & Ontwikkeling (O&O) van Pantein. Het accent op onderwerpen verschilt. De Carintgroep innovaties houdt zich bezig met zorginnovaties. Medewerkers van bureau zorgvernieuwing houden zich vooral met zorg bezig, maar ook met projecten om de kwaliteit van de interne organisatie te verbeteren. De afdeling O&O van Pantein is vooral gericht op het verbeteren van de interne kwaliteit van de organisatie. De aandacht gaat vooral uit naar het realiseren van eenheid bij Pantein. O&O heeft zich toegelegd op het samenstellen van een 'instrumentenkoffer TQM'. De koffer bevat formats voor onderzoek, managementcontracten, beleidsplannen en instrumenten voor zorginnovatie (Richtingen, inrichten en verrichten, Onderzoek & Ontwikkeling, 2003). 'De

instrumentenkoffer faciliteert van nature de integratie tussen organisaties (Jaarverslag 2001, 2002)', zo is de mening. Een directeur licht het belang verder toe en stelt dat 'het nodig is om steeds meer het instrumentarium te bouwen waardoor het nodig is om op alle niveaus op dezelfde wijze te werken, zodat resultaten behaald worden'. Onder de noemer 'management van processen' is sterk geïnvesteerd in het beschrijven, normeren, meten en daarmee verbeteren van processen. Het doel om met de harmonisatie en standaardisatie tot eenheid in beleid en besturing te komen, is niet een op zichzelf staand doel. Het hoofd PO&O vertelt, dat uniformiteit nodig is om in een later stadium te kunnen decentraliseren. Voor de integrale manager is het makkelijker managen als er standaarden zijn. 'Door protocollering en vastleggen wordt voorkomen dat iedereen anders werkt. Wanneer systemen zijn geïntegreerd en gestandaardiseerd en wanneer op procesniveau de keten duidelijk is en met indicatoren het geheel is geborgd kan men steeds meer gaan decentraliseren en kantelen', aldus het hoofd.

In overleg tot afstemming komen

Rivas, Carint en Pantein hebben tenslotte allerlei overlegvormen geïmplementeerd om tot afstemming te komen in de zorgketens. Pantein heeft vergeleken met Rivas en Carint minder overlegvormen met managers uit de verschillende lagen en onderdelen van de zorgketen. Overleg over de afstemming tussen de divisies van Pantein, de ondersteunende diensten en Panteinbreed beleid vindt alleen plaats in het directiebestuur. De voorzitter van de RvB, de sectordirecteuren, de voorzitter van de medische staf en een directiesecretaris nemen hieraan deel. Rivas en Carint hebben niet alleen eenzelfde overlegorgaan met bestuurders. Afstemming vindt tevens plaats in een overleg met de bestuurders en het middenkader. Bij Rivas heet dit overleg het managementteamoverleg (MT) en bij Carint de Carintkring. Verschil is dat bij Carint alle sectordirecteuren aan het overleg deelnemen en bij Rivas alleen enkele hoofden van de ondersteunende diensten om het MT slagvaardig te houden. Pantein heeft dus geen overlegorgaan met bestuurders en het middenkader. De lijnen lopen altijd via de voorzitter van de RvB en de sectordirecteuren. De voorzitter overlegt bilateraal met de hoofden van de ondersteunende diensten. De sectordirecteuren hebben een eigen MT met het middenkader van hun divisie.

In het MT van de divisie V&V bespreekt de sectordirecteur niet alleen wat in het directiebestuur besproken is. De sectordirecteur maakt daar beleid met de clustermanagers. Medewerkers van de ondersteunende diensten en zorgmanagers zitten daar niet bij. Rivas en Carint hebben eveneens MT's voor hun integrale eenheden. Daar zitten de andere managers wel bij. De zorgmanagers en Carintgroepdirecteuren hebben een eigen MT en de regiomanagers hebben een MT met hun rayonmanager en locatiemanagers. Doel van de overleggen is om tot beleid voor de eenheid te komen over het realiseren van integrale zorg. Medewerkers van de ondersteunende diensten nemen soms aan deze MT's deel om de afstemming met de ondersteunende diensten te borgen. Bij Pantein is als proef recent een informeel overleg gestart met de zorgmanagers.

	Rivas	Carint	Pantein
Dominante overeenkomsten			
<ul style="list-style-type: none"> • top overlegt over overkoepelende beleidsissues en over aansluiting onderdelen • van accent op functionele overleggen naar accent op integrale overleggen 			
overlegorgaan middenkader zorg over aansluiting onderdelen en ketenbeleid	aanwezig	aanwezig	afwezig
overlegorgaan middenkader ondersteuning over aansluiting onderdelen en ketenbeleid	met deel hoofden	aanwezig	afwezig
integraal overlegorgaan in integrale eenheden	aanwezig	aanwezig	informeel
overleg alle managers zelfde zorgvorm	informeel	afwezig	afwezig
overleg professionals zelfde discipline	aanwezig	aanwezig	afwezig

Tabel 6.5. De overlegstructuren

De voorgaande overleggen zijn alle nieuw. Vele overleggen zijn met de zorgketenvorming hetzelfde gebleven (bijvoorbeeld overleg van een thuiszorgteam of ondersteunende dienst). De overleggen, die managers en professionals vroeger binnen hun stichting, organisatie of werkmaatschappij hadden, zijn door de opdeling naar Carintgroepen, clusters en regio's echter verdwenen. De mogelijkheden zijn daardoor afgenomen om samen beleid voor een zorgvorm te maken, de uitvoering gelijk te schakelen en eenduidig op ontwikkelingen in te spelen. Van de managers hebben alleen de rayonmanagers en locatiemanagers van Rivas een informeel overleg gestart ter compensatie. Voor professionals zijn bij Rivas en Carint respectievelijk vakgroepen en conventen gekomen om de professionalisering te bevorderen en te bewaken en om disciplinair beleid te maken. Het gaat voornamelijk om overleggen van thuiszorgdisciplines, verpleeghuisartsen en paramedici. Een RvB-lid van Carint belicht hoe belangrijk deze conventen zijn. Bij TCT had men geleerd dat het opsplitsen en integraal aansturen van professionals ten koste ging van de beroepsinhoudelijke verdieping en afstemming. TCT had enige tijd met geïntegreerde teams gewerkt. De verpleging, de verzorging en het maatschappelijk werk waren hiertoe opgedeeld en in teams bijeengebracht. De opdeling leidde tot verlies van kennis en kunde, omdat medewerkers elkaar niet meer inhoudelijk konden voeden en omdat managers niet altijd de expertise hadden om de professionals aan te sturen. De teams zijn opgeheven, maar de les was geleerd.

6.6 De voor- en nadelen van structuren?

Rivas, Carint en Pantein hebben zorgvuldig en beredeneerd structuren ontwikkeld. Uit de bovenstaande bespreking en tabellen blijkt dat Rivas, Carint en Pantein soms dezelfde en soms verschillende structuurkeuzes hebben gemaakt. In deze paragraaf wordt de geschiktheid van de structuuralternatieven belicht op basis van meningen van medewerkers over de voor- en nadelen van de structuren. Pakt eenzelfde structuurkeuze in de ene zorgketen hetzelfde uit als in een andere? Behalen zij allen hun doelen even goed met de gekozen structuren?

6.6.1 Het succes en falen van concernstructuren

Naar regio's, divisies of naar beide structureren?

Bij Rivas, Carint en Pantein is gestructureerd naar regio's, divisies of beide. Iedere structureringsvorm blijkt voor- en nadelen te hebben. Medewerkers bevestigen de gedachten uit de beleidsplannen dat het organiseren naar regio's de voorwaarden biedt om integrale zorg te realiseren. Rivasmedewerkers ervaren de geïntegreerde structuur als noodzakelijk om te komen tot afstemming tussen zorgvormen. Medewerkers van Carint stellen dat een dergelijke structuur nodig is om lokale, vraaggestuurde welzijn-woon-zorgcontinua op te zetten. Panteinmedewerkers zeggen dat alleen met deze structuur 'bij de cultuur van de gemeenschap' naadloze en bij de vraag passende producten aangeboden kunnen worden. In de zorgketens plaatsen medewerkers wel de kanttekening dat deze structureringsvorm niet afdoende is om integrale zorg te bieden. Hiertoe moet altijd met derden worden samengewerkt. Regionalisering biedt volgens hen wel de beste voorwaarden om regionaal met derden samen te werken.

De regionale opdeling van zorgvormen trekt echter een wissel op mogelijkheden om te specialiseren en tot eenheid te komen. Een rayonmanager van Rivas geeft als voorbeeld dat de thuiszorg in kleine thuiszorgonderdelen is opgeknipt. Deze ontberen de schaalgrootte om inhoudelijk te ontwikkelen. Volgens een hoofd van de ondersteunende diensten en een stafmedewerker van Pantein is het gevaar van clustervorming dat de eenheid in producten en diensten verloren gaat. Ieder cluster gaat eigen producten en diensten aanbieden. Eenheid achten zij nodig om tot efficiëntie, sterke en voor externen herkenbare producten te komen. Rivas, Carint en Pantein worstelen in dit licht met de omvang van hun integrale eenheden. Bij Carint leeft het idee om de Carintgroepen omwille van efficiëntie en bestuurbaarheid naar drie regio's te ordenen. De schaalgrootte van de groepen is daar nu te klein voor, licht een directeur toe. Rivas en Pantein kiezen juist voor het verkleinen van de omvang van hun eenheden om beter op de lokale situaties te kunnen inspelen. Bij Rivas worden de vijf regio's opgeknipt tot tien en bij Pantein wil men één cluster per gemeente. Boxmeer zal zelfs in twee clusters wordt opgedeeld.

Het voordeel van de ene structuur blijkt het nadeel van de andere te zijn. Een divisiestructuur biedt betere voorwaarden om tot specialisatie en eenheid te komen. Het realiseren van integrale zorg is juist weer lastiger. Dit is zichtbaar bij Rivas en Pantein. Ten tijde van de werkmatschappijen bij Rivas lukte het niet goed om dwarsverbanden te leggen. Het is voor Rivas zelfs een reden geweest om te gaan regionaliseren. Het ziekenhuis is evenals bij Pantein een afzonderlijke divisie gebleven. Het organiseren van zorg over de grenzen van het ziekenhuis en V&V is bij geen van beide eenvoudig. Een Panteinmedewerker vertelt dat de mogelijkheden wel worden gezien, maar dat het niet goed lukt om deze te benutten. Medewerkers in beide zorgketens zetten daarbij niet zozeer vraagtekens bij de gekozen structuur, maar algemeen bij het nut van een fusie tussen V&V en het ziekenhuis. Slechts een deel van de ziekenhuispopu-

latie is gebaat bij integrale zorg. Een structurering die integraliteit benadrukt doet geen recht aan de specialistische behoeften van het merendeel van de ziekenhuispopulatie. De noodzaak om dwarsverbanden te leggen ontbreekt. Het lukt beter om tussen divisies af te stemmen als deze noodzaak wel wordt gevoeld. Bij Pantein wordt bijvoorbeeld wel dwars door de divisies Pantein Wonen en V&V geïntegreerd. 'Pantein Wonen en Pantein V&V liggen wel dicht op één lijn, omdat je andere woonvormen wilt hebben waar je zorg kunt leveren', geeft een directeur als reden.

Een verkeerde ontwikkelvolgorde?

De zorgketens hebben eerst het management, toen de ondersteuning en vervolgens de primaire processen geïntegreerd. Sommige medewerkers vinden de volgorde verkeerd. Er had met een integratie van de primaire processen begonnen moeten worden. De aandacht voor het management en de ondersteunende diensten zou ten koste zijn gegaan van de aandacht voor de primaire processen. 'We zijn in de traditionele valkuil gestapt', volgens een directeur van Pantein. Niet iedereen deelt deze gedachte. Sommigen menen dat het nodig is om het concern op orde te krijgen. Een hoofd van een ondersteunende dienst van Pantein bespreekt bijvoorbeeld dat het organiseren naar divisies en het centraliseren nodig is om de verschillende onderdelen zo sterk mogelijk te maken. Pas als dat geslaagd is, kan doorgekantheld worden, stelt dit hoofd. Anderen vinden dat nog niet gesteld kan worden dat de volgorde verkeerd is, omdat nog zoveel in ontwikkeling is. In de drie zorgketens krijgen de primaire processen en stroomlijning van het management en de ondersteuning met de primaire processen nu alle aandacht. Het moet nog blijken of de volgorde verkeerd is.

6.6.2 Bestuurbare en stuurloze zorgketens

Afstemming tussen managers

De ontwikkeling van de managementstructuren is gepaard gegaan met een omslag van functioneel naar integraal management. Integraal management heeft voor- en nadelen voor het afstemmen van zorg. Medewerkers van Rivas bespreken dat met regiomanagement beter op integrale zorg gemanaged kan worden. Het is duidelijk geworden dat integrale zorg de verantwoordelijkheid van de managers is en beslissingen daarover kunnen sneller worden genomen. De regiomanager beslist hier samen met zijn managers uit de regio over. Vroeger gingen plannen eerst naar de manager van de werkmaatschappij, dan naar de directie en dan langs dezelfde lange route terug. Ook de lijnen naar managers van het ziekenhuis en externe partijen zijn verkort. Men kan nu voor alles bij de regiomanager terecht. Een manager van het ziekenhuis vertelt bijvoorbeeld niet meer met iedere manager van een zorgvorm te moeten overleggen over de doorstroom van patiënten naar een bepaald gebied. Regiomanagement heeft echter als nadeel dat het afstemmen voor één zorgvorm lastiger en tijdrovender wordt. Een regiomanager licht toe dat ziekenhuismanagers met alle regiomanagers moeten overleggen over nieuwe vormen van afstemming met de thuiszorg. Vroeger was overleg met één

thuiszorgmanager genoeg. Voor de managers in de regio's geldt eenzelfde. Een regiomanager of rayonmanager zal altijd met zijn collega-managers in de andere regio's moeten afstemmen als die iets wil veranderen in de aansluiting met het ziekenhuis of de eigen zorg.

Deze afstemmingsproblemen doen zich niet voor bij Pantein, omdat de sectordirecteuren beslissen en primair aanspreekpunt zijn in plaats van de cluster- en ziekenhuismanagers. De besluitvorming over integrale zorg loopt daardoor echter traag. Er is altijd ruggespraak nodig met het middenkader. De integrale taak van clustermanagers komt daarbij onder druk te staan. Een medewerker stelt dat clustermanagers in theorie integraal verantwoordelijk zijn. In de praktijk hebben clustermanagers niet altijd de bevoegdheden om deze integrale taak te vervullen. Zij hebben op onderdelen slechts een beheersfunctie. 'Van bepaalde directietaken vind ik dat wij dat kunnen en dat je dat ook bij ons moet laten. Wil je integraal verantwoordelijk zijn dan moet je die directietaken erin hebben zitten', stelt een clustermanager. De Carintgroepdirecteuren hebben die integrale bevoegdheden wel, maar zij worden nog opgeslokt door 'kleine dagelijkse wisselasjes' van de zorgonderdelen. Meerdere directeuren en zorgmanagers vertellen dat nog zoveel tijd naar het beheersmatig aansturen van functionele gebieden gaat, dat er geen tijd is om op integratie aan te sturen.

Centrale of decentrale bevoegdheden en verantwoordelijkheden

De ontwikkeling van de managementstructuren van Rivas, Carint en Pantein is voorts met een decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden gepaard gegaan. Het is voor de zorgketens nog zoeken naar een geschikt aantal managementlagen en naar hetgeen centraal en decentraal moet worden neergelegd. Of zoals een stafmedewerker van Pantein treffend zegt: 'Je moet je voortdurend afvragen waar besluitvorming over een bepaald onderwerp thuishoort. Hoort dat in het bedrijfsonderdeel, in beide bedrijfsonderdelen of op Panteinniveau'.

Pantein heeft de meeste managementlagen en een vrij centralistische aansturing. Beide zijn problematisch. De centralisatie begrenst de zelfstandigheid van clustermanagers, het maakt hun functie onduidelijk en het leidt tot een te grote afstand tot de werkvloer. Zo stelt een medewerker van Pantein: 'Er wordt nu teveel van hogerhand bepaald, terwijl ze niet weten hoe de werkvloer in elkaar steekt en wat de wensen en behoeften van cliënten en personeel zijn'. De extra laag zorgmanagers vergroot de afstand alleen maar meer. 'Clustermanagers zouden rechtstreeks met de afdelingshoofden moeten kunnen communiceren. Dat geeft een directere lijn, een directere verbinding', aldus een directeur. De managementstructuur staat vanwege deze problemen ter discussie. De gedachte is om de laag zorgmanagers eruit te halen. Het takenpakket van de clustermanagers zal daarmee groter worden. Clustermanagers vinden echter dat hun huidige pakket 'redelijkerwijs eigenlijk helemaal niet te bestieren is (clustermanager)'. Het ontbreekt aan tijd om beleid te implementeren en het cluster afdoende aandacht te geven. De beschreven opdeling van clusters wordt tevens overwogen om het takenpakket van clustermanagers behapbaar te houden. Het aantal clustermanagers wordt daarmee uitgebreid. Een idee is om daarbij een

onderscheid te maken in junior en senior clustermanagers. De junioren besturen de clusters sec en de senioren krijgen een aantal directietaken. Een directeur heeft echter een heel ander plaatje voor ogen. Deze wil een RvB met een algemeen directeur, een directeur zorg en een directeur beheer. Het zou de integratie bevorderen, omdat de directeuren alle divisies als verantwoordelijkheidsgebied hebben. Het gecombineerde directeurschap voor Pantein V&V en Wonen heeft dit bewezen. Met deze constructie wordt ook niet één laag, maar twee lagen geschraapt. ‘Dan is je organisatie pas echt plat’, aldus de directeur.

Carint heeft de minste managementlagen en een sterk decentrale aansturing. De problemen zijn daar dat de lijnen onhelder zijn en de aansturing versnipperd is. De structurering naar vele Carintgroepen draagt hieraan bij. Van en naar iedere groep loopt een lijn. Het terugbrengen van het aantal Carintgroepen wordt tevens met het oog hierop ondernomen. De RvB-leden gaan daarbij een nieuwe rol krijgen, die de directeur van Pantein zal aanspreken. Eén RvB-lid wordt verantwoordelijk voor het primaire proces, een tweede gaat de beheersmatige zaken aansturen, terwijl een derde voorzitter wordt. Na de samenvoeging van de Carintgroepen krijgt ieder lid ook één regio als aandachtsgebied.

Rivas zit qua centralisatie, decentralisatie en aantal lagen tussen de andere zorgketens in. De grens tussen de centrale en decentrale aansturing is daar punt van discussie. Sommigen ervaren de rol van de directie als te operationeel, traditioneel en centralistisch. Zij zien meer in een RvB die voorwaarden formuleert en op monitorende wijze sturing geeft. Het middenkader zou in dat geval als directie fungeren. Andere managers zien hier niets in. Een ander discussiepunt is of de laag van rayon- en locatiemanagers toegevoegde waarde heeft. De gedachte is, evenals bij Pantein, om deze laag te schrappen en het aantal regio's uit te breiden om de span of control van regiomanagers behapbaar te houden. Extra gedachte is om de laag afdelingshoofden en teamleiders meer integrale verantwoordelijkheden te geven.

Functionele of integrale takenpakketten

De omslag naar integraal management roept tenslotte de vraag op tot hoever deze integrale verantwoordelijkheid reikt. Het gaat hierbij om de integratie van verantwoordelijkheden voor de zorg en de ondersteunende diensten. De mate van integratie komt in de zorgketens sterk overeen. De issues daaromtrent verschillen nauwelijks.

De verantwoordelijkheden voor de zorg zijn in de zorgketens altijd partieel geïntegreerd. Niet alle zorg is regionaal ondergebracht. Een deel is overkoepelend georganiseerd (bijvoorbeeld het maatschappelijk werk bij Rivas en Carint). De ziekenhuismanagers van Rivas en Pantein hebben geen zeggenschap over de regio's en omgekeerd. En integraal management is niet in alle lagen echt doorgevoerd. De zorgmanagers bij Carint en Pantein en de locatie- en rayonmanagers van Rivas zijn voornamelijk verantwoordelijk voor één zorgvorm. De altijd aanwezige partiële verantwoordelijkheden voor de zorg stelt in de zorgketens grenzen aan

de mogelijkheden om af te stemmen. Een directeur van Pantein vindt dat afstemmen alleen mogelijk wordt als voor een procesinrichting wordt gekozen met procesmanagers.

De meeste managers vinden de verdeling van verantwoordelijkheden voor de zorg niet het belangrijkste issue. Zij zijn meer bezig met de verantwoordelijkheden voor de ondersteuning. Zorgmanagers van Rivas en Pantein willen meer verantwoordelijkheden om de ondersteunende diensten beter op de primaire processen te kunnen laten aansluiten en grip op de kosten te krijgen. De ondersteunende diensten maken nu centraal keuzes, die niet bij de primaire processen passen. Managers van Rivas lichten toe dat de budgetten nu aan het centrale apparaat zijn toebedeeld. De diensten bepalen wat een onderdeel gehonoreerd krijgt. De mening is dat de financiën beter bewaakt worden en de effectiviteit van de ondersteuning verbetert als managers de budgetten mogen beheren en zelf medewerkers mogen aansturen. Een clustermanager en een zorgmanager van Pantein vinden eveneens dat centraal keuzes worden gemaakt, die niet altijd bij het benodigde in de clusters passen. Zij willen graag zelf de teams aansturen en daarmee hun eigen keuzes maken. 'Het liefste zou ik een cluster als een eigen entiteit zien, die zijn eigen broek ophoudt in de totaliteit en zo min mogelijk met overkoepelende diensten te maken wil hebben,' licht één van de managers toe. Sommige managers van de ondersteunende diensten zijn het hiermee eens. 'Als het om uitvoerende activiteiten gaat moet je er absoluut niet mee willen bemoeien,' stelt één van hen, omdat ondersteuners niet kunnen bepalen wat aan ondersteuning nodig is voor ketenzorg.

Het overdragen van de verantwoordelijkheden heeft als nadeel dat de kwaliteit van de ondersteuning en de eenheid in de ondersteuning minder goed kunnen worden geborgd. Bij Pantein is een deel van de facilitaire ondersteuning van V&V naar de locaties gedecentraliseerd. Het hoofd van deze dienst vertelt weinig inzicht te hebben of centraal beleid decentraal geïmplementeerd is. Hij heeft geen controle op wat in de locatie gebeurt. Het P-team van het Maasziekenhuis, dat centraal wordt aangestuurd, blijkt zich ook meer te kunnen specialiseren (zie hieronder). Volgens het hoofd moeten de hoofden van de ondersteunende diensten de medewerkers daarom altijd functioneel blijven aansturen. Deze laatste mening wordt door managers van Rivas gedeeld. Om de inhoudelijke kwaliteit van de ondersteuning te kunnen waarborgen, zou de functionele verantwoordelijkheid volgens hen altijd aan een centrale manager moeten zijn toebedeeld. Het zijn de hiërarchische, financiële en operationele verantwoordelijkheden, die gedecentraliseerd kunnen worden.

Bij Carint zitten de zorgmanagers vooralsnog niet te wachten op een verdere integratie van hun takenpakket. Zij vinden dat ze nu al meer zelf moeten doen en weten dan vroeger. Een Carintgroepdirecteur vertelt dat hij nu zelf in staat moet zijn om allerlei analyses te interpreteren. Een andere zorgmanager heeft het gevoel alleen maar extra werk te krijgen in plaats van dat hem werk uit handen wordt genomen.

6.6.3 Centralisatie of decentralisatie van de ondersteuning?

De gemaakt keuzes voor een ondersteuningsstructuur zijn bij Rivas en Carint vergelijkbaar. Pantein heeft voor meer centralisatie gekozen, zij het als tussenstap. Het dominerende issue bij alledrie is of centralisatie of decentralisatie van de ondersteuning het meest geschikt is om de doelen van de zorgketens te bereiken. Een voordeel van centralisatie is namelijk een nadeel van decentralisatie en omgekeerd.

De baten van centralisatie

Centralisatie leidt in alle drie de zorgketens tot continuïteit, efficiëntie en kwaliteit. Het grotere aantal medewerkers en het bijeenbrengen van deze medewerkers maken dat er meer diensten zijn en meer mogelijkheden voor ondersteuners om taken over te dragen en zich te professionaliseren. Een directeur van Carint vertelt bijvoorbeeld blij te zijn dat de tijd voorbij is, waarin hij slechts enkele ondersteunende medewerkers had. Wanneer iemand wegviel bleef het werk liggen. Nu is er altijd vervanging. Medewerkers van de zorgketens vertellen dat zij nu ondersteuning krijgen, die zij vroeger niet kregen. Hun organisatie was te klein om de benodigde expertise in huis te halen. Bij Pantein komen de voordelen van centralisatie extra duidelijk naar voren. Sommige diensten zijn alleen voor het Maasziekenhuis gecentraliseerd, terwijl die van V&V decentraal zijn gelaten. Dit heeft gevolgen voor de professionalisering van de medewerkers. Het hoofd facilitair geeft als voorbeeld dat de facilitaire medewerkers van het Maasziekenhuis inmiddels gecertificeerd zijn, terwijl dit bij V&V niet het geval is.

Gepaste of ongepaste afstand?

Centralisatie heeft ook nadelen. Deze zijn bij alle terug te voeren op de ontstane afstand tussen de werkvloer en ondersteuning. Medewerkers in de zorgketens vinden dat de lijnen lang en onduidelijk zijn geworden, omdat medewerkers niet meer op locatie werken. Een Carint-groepdirecteur zegt hierover: 'In het verleden liep je bij iemand binnen en het was geregeld. Alles wat toen in een dag geregeld was, kost nu een week. Als je iets wilt vragen dan weet je niet aan wie je het moet vragen'. Een sectordirecteur beaamt dit en zegt: 'Vroeger werd er even achter de deur geroepen van 'hè...'. Dat is nu niet meer mogelijk. De ondersteunende diensten zitten verder van het primaire veld af'. Een zorgmanager van Pantein voegt hieraan toe dat het door de specialisaties van medewerkers extra moeilijk is geworden om de juiste persoon te vinden. Bij Rivas vertellen medewerkers daarbij dat de lijnen soms omzeild worden. Het achterlangs regelen van zaken leidt tot fouten en onduidelijkheden.

Centralisatie maakt het voorts minder eenvoudig om de ondersteuning met de primaire processen te stroomlijnen. Een manager van Carint vertelt: 'de ondersteunende diensten implementeren systemen die passen bij de gegevens die zij nodig hebben, maar die niet past bij het werken op de werkvloer'. Dit probleem doet zich op onderdelen minder voor bij Pantein door het onderscheid in ondersteuning voor het ziekenhuis en V&V. Een stafmedewerker licht toe dat

taakverdelingen passend bij de bedrijfsonderdelen zijn opgesteld. Op andere onderdelen heeft Pantein zwaar ingezet op het harmoniseren van systemen en procedures. Daar is het probleem hetzelfde als bij Rivas en Carint. Bij Pantein begint men een beetje terug te komen op de drang naar harmonisatie. Een directeur vertelt dat eerst veel tijd en aandacht naar de integratie is gegaan. Men schoot door in het centraliseren en dat ging ten koste van de aansluiting tussen de ondersteuning en primaire processen. 'Uiteindelijk zijn we tot een nieuw evenwicht gekomen: een aantal kaders goed op gemeenschappelijk niveau regelen, zodat iedereen weet waar die aan toe is en daarbinnen specifiek naar sectoren kijken en daar de dienstverlening op inregelen.' Harmonisatie bleek soms de kosten zelfs te verhogen, omdat voor de meest gunstige regeling voor medewerkers werd gekozen. Deze waren veelal duurder. 'We hebben de grenzen ontdekt aan de harmonisatie en de standaardisatie', vertelt een stafmedewerker. Het gelijk trekken van allerlei regelingen wordt nu beter afgewogen tegen de meerwaarde ervan voor de primaire processen.

Bij Rivas en Carint wordt de gebrekkige aansluiting deels als een faseprobleem gezien. Medewerkers van Rivas en Carint vertellen dat de harmonisatie van systemen en de stroomlijning van processen nog niet is afgerond. Een sectordirecteur van Carint vertelt bijvoorbeeld: 'We hebben het beheer nog niet in de vingers, daar ben ik eerlijk in. Wie registreert nu wat, wie levert welke overzichten. Daar hebben we nog een slag te maken.' Bij Pantein was de aansluiting ook niet direct goed geregeld. Helemaal aansluitend is de ondersteuning nog niet. Medewerkers hebben begrip voor deze situatie en menen dat nog niet verwacht mag worden dat alles al geregeld is. Zo zegt een Carintgroepdirecteur: 'Als je al die administratieve procedures van al die organisaties zag, die in korte tijd geharmoniseerd moesten worden. Ga daar maar voor staan. Dat is een gigantische klus.' Het gevaar is volgens medewerkers wel dat de ondersteunende diensten de ontwikkelingen op primair procesniveau niet kunnen volgen. In plaats van aangepast aan en daarmee bevorderend voor een integrale procesgang, ontstaat een situatie waarbij de ondersteuning de ontwikkeling van integrale zorg belemmert.

Het gebrek aan aansluiting is tenslotte een gevolg van het standaardaanbod dat met het centraliseren aangeboden wordt. Rivasmedewerkers bespreken dat centraal dicteert wat decentraal kan worden geleverd. Volgens hen zou decentraal het aanbod moeten worden bepaald om op maat gesneden, slagvaardige integrale zorg te kunnen leveren. Niet iedereen ziet dit zo zwart wit. Het zou er meer om gaan dat centraal de flexibiliteit heeft om van het standaardaanbod af te wijken. Decentralisatie zou ook tot teveel differentiatie leiden en daarmee tot ondoelmatigheid in de ondersteuning. Kosten en baten moeten afgewogen worden. Flexibiliteit en kwaliteit voor de afnemer zouden prioritair moeten zijn, tenzij de kosten teveel stijgen of de vakinhoudelijke specialisatie teniet wordt gedaan.

Shopper?

In geen van de zorgketens worden diensten uitbesteed. Onder sommige zorgmanagers leeft de wens om extern te mogen inkopen. Zij verwachten dat diensten elders goedkoper en sneller

leverbaar zijn en zij menen hiermee de vrijheid te krijgen om in te kopen wat zij nodig achten voor hun primaire processen. Redenen om het niet toe te staan zijn dat externe inkoop ten koste gaat van de efficiëntie, kwaliteit en rendabiliteit van de eigen ondersteunende diensten. Een manager bij Rivas beargumenteert dit treffend. Deze stelt dat te snel over de prijs en leverduur wordt geklaagd. Het valt nog maar te bezien of de prijs en snelheid elders beter is. Uitbesteding zou daarbij juist tijd kosten, omdat iedere manager zich op de dienstenmarkt moet oriënteren. Het leidt tot kwaliteitsverlies, omdat managers niet de kennis hebben om de kwaliteit te beoordelen. Uitbesteding leidt tot efficiëntieverlies, omdat interne schaalvoordelen niet meer bereikt worden. Geen van de zorgketens sluit uitbesteding helemaal uit. Pantein gaat mogelijk delen van het shared service center uitbesteden. Een RvB-lid van Carint vertelt eveneens dat een verplichte winkelnering wellicht wordt afgeschaft. Deze stelt dat de ondersteunende diensten echter eerst de kans moeten krijgen om zich goed neer te zetten. Daarna zal worden bekeken of extern inkopen mogelijk is.

6.6.4 De geschiktheid van beleids- en overlegstructuren

Centraal of decentraal beleid maken?

De beleidscycli van Rivas, Carint en Pantein hebben overeenkomstig dat binnen centrale kaders decentraal beleid mag worden gemaakt. De inbreng in de kaders en de decentrale vrijheid verschilt, zoals besproken, tussen de zorgketens. De centrale kaders worden bij Pantein sterk centraal bepaald. Te centraal vinden sommige medewerkers. Het maakt de besluitvorming over beleid traag en ontransparant. Een medewerker vertelt dat de lijnen zo lang zijn, dat je soms kwijt bent waar een beleidsbesluit ligt. Het beleid zelf sluit niet altijd aan op het benodigde in de onderdelen. Een medewerker vindt zelfs dat de lijnen, die de directie uitzet, haaks staan op wat in een cluster nodig is. De centrale kaders geven ook niet altijd duidelijk richting, waardoor de verscheidenheid in producten juist groot wordt in de zorgketenonderdelen. De centrale kaders leiden niet tot de eenheid, die volgens hen nodig is om de zorgketen aan te sturen.

De onheldere centrale kaders en het gebrek aan richting en aan aansluiting bij de onderdelen worden bij Rivas herkend en eveneens als problematisch ervaren. Ook al hebben managers bij Rivas meer inbreng in die kaders. Bij Carint heeft men deze problemen niet. De centrale kaders worden daar sterk bottom-up ontwikkeld. Een directeur vertelt dat in de centrale kaders alleen dingen staan, die in de Carintkring zijn besproken. Carint werkt daarbij vanuit de visie dat ontwikkelingen moeten worden ingezet vanuit een perspectief op de cliënt en passend bij de lokale kleur. In de centrale kaders staat deze visie centraal. Het geeft niet alleen een duidelijk richtinggevend kader aan managers, maar ook de vrijheid om beleid voor een Carintgroep te maken.

De ervaren problemen bij Pantein en Rivas betekenen niet dat managers tegen centrale kaders zijn. Zij vinden het logisch en nodig om de zorgketen bestuurbaar te houden. Het gaat om de inbreng en de decentrale vrijheid die zij daarin hebben. Deze willen zij om flexibel op lokale situaties te kunnen inspelen, om best practices te beproeven en om het eigen onderdeel goed te kunnen aansturen. Hoe groot de beleidsvrijheid mag zijn is in beide zorgketens een vraag. 'Je hebt hier ook wel het punt van hoeveel vrijheid heb je en hoe verschillend mag het uiteindelijk worden,' zegt een directeur van Pantein bijvoorbeeld. Keerzijde van beleidsvrijheid kan zijn dat door de speelruimte een diversiteit aan onsamenhangende activiteiten wordt ontplooid. Bij Pantein vinden medewerkers het streven naar eenheid echter te ver gaan. Wat je ook doet, het moet bij het centrale passen, stelt een zorgmanager. Medewerkers begrijpen dat het duidelijk moet zijn dat een voorziening van Pantein is. Zij vinden niet dat alles daarom hetzelfde hoeft te zijn. Bij Rivas vinden enkele medewerkers verschillen aanvaardbaar, zolang er geen best practices zijn. Als deze er wel zijn dan moeten managers accepteren dat zij een ingeslagen weg moeten verlaten als anderen hetzelfde doel beter weten te behalen.

Het gevaar voor teveel diversiteit moet volgens sommigen echter niet overdreven worden. Een medewerker van Pantein vertelt dat het zelden voorkomt dat clustermanagers heel verschillende dingen willen. Er is soms een verschil in oriëntatie, maar de overeenkomsten vormen de grootste gemene deler. Bij Carint leidt de vrijheid ook niet tot teveel verschillen. Het is bij Carint ook minder een issue. Een directeur zegt daarover: 'Wat maakt het uit als je in Hengelo iets anders kunt krijgen dan in Delden. Dan ga je toch naar Hengelo als je daar iets wilt. Als het nu zo is dat het 100% het omgekeerd is, maar daar gaat het niet om'. Aandachtspunt bij Carint is wel dat het wiel soms op twee plaatsen wordt uitgevonden en ontwikkelingen met elkaar interfereren. Zoals gesteld wordt sinds kort met programmamanagement gewerkt om deze problemen te voorkomen.

Het spanningsveld tussen de centrale kaders en de decentrale vrijheid is moeilijk te overbruggen. Bij Pantein acht men het niet eenvoudig om Panteinbreed beleid te vertalen naar de verschillende bedrijfsonderdelen. Een medewerker van Rivas vertelt dat het bij Rivas zoeken is naar een evenwicht tussen beleid dat aansluit bij vragen en veranderingen in de regio en het ziekenhuis, beleid dat aansluit bij de visie van Rivas en beleid ten aanzien van de ondersteunende diensten. Bij Carint lost het borgen van een visie in het centrale beleid niet alles op. Medewerkers vinden het lastig om het centrale beleid te vertalen in concrete activiteiten. De ondersteunende diensten mogen hierbij niet vergeten worden. De ondersteunende diensten van de zorgketens zitten soms met hun handen in het haar, omdat ze gegeven het beleid van de zorgketens en de onderdelen moeten voldoen aan voor hen onvervulbare eisen.

Besproken of onbesproken?

De betrokkenheid bij het beleid is verbonden aan de overlegstructuren van de zorgketens. Deze bepalen wie over het beleid afstemmen. De problemen van het gebrek aan inbreng bij

Pantein is bijvoorbeeld direct gerelateerd aan het ontbreken van een overleg tussen de top en het middenkader. In de zorgketens zijn de overlegstructuren daarnaast van invloed op het realiseren van dwarsverbanden tussen de zorgonderdelen.

Pantein heeft geen integrale overleggen voor het middenkader en de zorgmanagers in de clusters. Beide worden gemist. Sommige middenkadermanagers willen een overleg met de directeuren en voorzitter RvB om af te kunnen stemmen tussen cure en care. 'Als je eindverantwoordelijk bent dan moet je ook op dat niveau veel meer betrokken zijn dan wat er nu gebeurt', stelt een manager. Zorgmanagers willen een formeel overleg met de clustermanagers om de werkzaamheden in een cluster beter af te stemmen en om mee te denken over het integrale zorgbeleid. Het informele lijnoverleg biedt die mogelijkheden niet. 'Er komt wat mij betreft nog te weinig afstemming en inhoudelijke bespreking aan bod. Dat is nog teveel informatie-uitwisseling van boven naar beneden', vertelt een zorgmanager. Carint heeft daarentegen heel veel integrale overlegvormen. Dat betekent echter niet dat op integrale zorg wordt afgestemd. Alle zorgvormen worden wel vertegenwoordigd, maar het realiseren van integrale zorg staat nog niet prominent op de agenda. Meerdere directeuren en zorgmanagers van Carint vertellen dat vooral over functionele onderwerpen wordt overlegd. Deze vragen nu nog alle aandacht. Bij Rivas, waar eveneens veel integrale overleggen zijn, wordt juist overleg over zorgvormgerelateerde onderwerpen gemist. Integraal overleggen gaat ten koste van overleg om tot specialistische verdieping te komen.

6.7 Structurele integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens

In de voorgaande paragrafen zijn de structuren besproken, die bij Rivas, Carint en Pantein worden ontwikkeld om de doelen van de zorgketens te behalen. Het blijkt dat de structuren worden ontwikkeld om de taken, functies en werkzaamheden af te stemmen van de organisaties en beroepsbeoefenaren in de zorgketens. Het afstemmen wordt nodig geacht om doelen te bereiken. In deze paragraaf wordt de relatie tussen structuren, afstemming en doelbereiking vanuit een conceptuele invalshoek besproken. De concepten over structurele integratie en structurele fragmentatie staan hiertoe centraal. Processen van structurele integratie zijn in hoofdstuk 4 gedefinieerd als processen waarbij taken, functies en werkzaamheden van organisaties en beroepsbeoefenaren op elkaar worden afgestemd. Processen waarbij de afstemming verbroken wordt zijn als processen van structurele fragmentatie gedefinieerd. Structurele integratie en fragmentatie verwijzen naar de aanwezigheid en afwezigheid van afstemming. In paragraaf 6.7.1 wordt de structurele integratie beschreven, die nodig wordt geacht om de doelen te behalen. In de paragrafen 6.7.2 en 6.7.3 staan de structuren centraal. In de vorm van structuurdilemma's wordt inzicht gegeven in de structurele integratie en fragmentatie waar de structuren toe leiden. Daarna wordt inzicht gegeven in mogelijke configuratie van zorgketens. In paragraaf 6.7.4 wordt geconcludeerd hoe de ontwikkeling van concernstructuren verloopt.

6.7.1 Dualiteit in zorgketendoelen

In de wijze waarop bij Rivas, Carint en Pantein structuren zijn ontwikkeld blijkt een zekere logica te zitten. Vanuit de doelen is bepaald waaraan de interne organisatie van de zorgketens moest voldoen. Vervolgens is bekeken welke afstemming tussen de taken, functies en werkzaamheden van de fuserende organisaties en beroepsbeoefenaren nodig was om aan de interne eisen te kunnen voldoen. Tenslotte zijn structuren geïmplementeerd waarmee deze afstemming kon worden bereikt.

Vanuit deze logica lijkt het eenvoudig om structuren te ontwikkelen: men stelt de doelen vast en de structurele integratie die nodig is en men kiest de structuren waarmee die structurele integratie bereikt kan worden. Het is echter niet eenvoudig. De integratie die voor het bereiken van de doelen nodig is, verschilt namelijk deels per doel. De benodigde integratie van het ene doel kan de fragmentatie van een andere zijn. Deze dualiteit wordt in deze paragraaf belicht door de relatie tussen de zorgketendoelen, de eisen aan de interne organisatie en de typen structurele integratie te bespreken (zie tabel 6.6).

Specialisatie en integrale zorg

Uit de analyse blijkt dat Rivas, Carint en Pantein streven naar kwaliteit van zorg, een krachtige positie in de regio en financiële rendabiliteit van de zorgketen. Deze einddoelen zijn in zes doelen te ontleden: het realiseren van integrale zorg, het specialiseren van zorg, het zorgen voor een slagvaardige en bestuurbare zorgketen en het bewerkstelligen van effectiviteit en efficiëntie. Het realiseren van integrale zorg en het specialiseren van de zorg verwijzen het meest direct naar het einddoel om kwaliteit van zorg te bieden. De zorgketens leggen zich toe op het realiseren van een naadloos continuüm aan zorg om tot integrale zorg te komen. Het ontwikkelen van dit continuüm gaat gepaard met een streven naar afstemming tussen verschillende zorgvormen en professionals en het stroomlijnen van het management en de ondersteuning met het geïntegreerde primaire proces. Specialisatie van de zorg wordt bereikt als het mogelijk is om te professionaliseren en tot productverdieping te komen. Afstemming tussen gelijksoortige zorgvormen en professionals en het afstemmen van het management en de ondersteuning op de primaire procesdelen wordt nodig geacht om de zorg te specialiseren. Het specialiseren binnen de ondersteuning vraagt om afstemming van de werkzaamheden en de aansturing van dezelfde ondersteunende diensten. Om integrale zorg en specialisatie te realiseren is het in de zorgketen van belang dat de afstemming tussen verschillende zorgvormen en professionals en de benodigde afstemming tussen dezelfde zorgvormen en professionals niet ten koste gaan van elkaar. Hetzelfde geldt voor de afstemming tussen het management en de ondersteuning met de primaire procesdelen enerzijds en het geïntegreerde primaire proces anderzijds. De structuren zullen alle typen structurele integratie mogelijk moeten maken en de voorwaarden moeten scheppen om met externe zorgaanbieders af te stemmen.

Doel zorgketen	Eisen aan interne organisatie	Gewenste structurele integratie
efficiëntie	uniformiteit en schaalgrootte	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen dezelfde zorgvormen • afstemming tussen dezelfde professionals • afstemming tussen dezelfde ondersteunende diensten • afstemming procedures en systemen • afstemming management van gelijke ondersteunende diensten en zorgvormen
effectiviteit	passendheid bij gevraagde/ benodigde intern en extern	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming zorg op vraag in de omgeving • afstemming ondersteuning op vraag gebruikers • afstemming tussen management, ondersteuning en primaire proces
specialisatie	professionalisering en productverdieping	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen dezelfde zorgvormen • afstemming tussen dezelfde professionals • afstemming tussen dezelfde ondersteunende diensten • afstemming ondersteuning en management op primair procesdeel • afstemming management van gelijke ondersteunende diensten
integrale zorg	naadloos continuüm van zorg; continuïteit, samenhang, vraaggerichtheid in zorg	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen verschillende zorgvormen • afstemming tussen verschillende professionals • afstemming zorg op vraag in de omgeving • afstemming tussen management, ondersteuning en geïntegreerde primaire proces
bestuurbaarheid	eenduidig beleid en eenduidige regie intern en extern	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming beleid zorgketenonderdelen • afstemming aansturing zorgketenonderdelen • afstemming beleid en aansturing zorgketen op regionale en landelijke externe omgeving
slagvaardigheid	flexibel en responsief inspelen op interne en externe behoeften	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming beleid op zorgketenonderdelen en lokale externe omgeving • afstemming aansturing op zorgketenonderdelen en lokale externe omgeving

Tabel 6.6. De relatie tussen doelen, eisen interne organisatie en structurele integratie

Slagvaardigheid en bestuurbaarheid

In de zorgketens wordt naar slagvaardigheid gestreefd om zo goed mogelijk aan te kunnen sluiten bij behoeften van cliënten, een zorgketenonderdeel en de lokale omgeving. Het flexibel en responsief inspelen op de interne en externe vragen en omstandigheden zijn daartoe vereisten. Responsiviteit en flexibiliteit worden haalbaar geacht als het beleid en de aansturing is afgestemd op de specifieke interne en externe vragen. Een consequentie van het streven naar slagvaardigheid is dat het beleid en de aansturing naar zorgketenonderdeel en lokale omgeving kunnen verschillen. Deze verscheidenheid staat op gespannen voet met de eenduidigheid in beleid en aansturing, die omwille van de bestuurbaarheid van de zorgketen nodig wordt geacht. Bestuurbaarheid wordt gewenst om de zorgketen als entiteit te kunnen laten

opereren en om als zorgketen een krachtige positie te verwerven in de regionale en landelijke omgeving. Het afstemmen op grootschalige uniformiteit is moeilijk verenigbaar met het afstemmen op kleinschalige pluriformiteit. Het afstemmen van de aansturing en het beleid tussen zorgketenonderdelen en op de regionale en landelijke omgeving kan ten koste gaan van de afstemming van het beleid en de aansturing op de zorgketenonderdelen en de lokale omgeving. Wederom zijn in zorgketens structuren nodig, die de voorwaarden scheppen om beide te kunnen bereiken.

Efficiëntie en effectiviteit

Efficiëntie en effectiviteit zijn tevens doelen die tot strijdige afstemmingseisen leiden. Efficiëntie wordt gewenst om tot een financieel rendabele zorgketen te komen. Uniformiteit in producten, diensten, procedures, systemen en processen en een zekere schaalgrootte worden daartoe als eisen gesteld. Met het afstemmen van dezelfde zorgvormen, professionals, ondersteunende diensten, procedures en systemen kan deze uniformiteit en schaalgrootte worden bereikt. Het vereist tevens dat zorgvormen en ondersteunende diensten eenduidig worden aangestuurd. Deze afstemming op gelijksoortigheid kan echter op gespannen voet staan met de afstemming die nodig wordt geacht om als zorgketen effectief te opereren. Effectiviteit wordt bereikt als passend bij het gevraagde of benodigde wordt afgestemd. Dit vereist niet zozeer dat dezelfde processen worden afgestemd, maar dat de verschillende processen op elkaar worden afgestemd. Uitgaande van de gewenste effectiviteit wordt gestreefd naar stroomlijning van de ondersteunende diensten, het management en de primaire processen. Om steeds aan te kunnen sluiten bij het gewenste en benodigde staat niet de uniformiteit centraal, maar de verscheidenheid in producten, diensten, systemen, procedures en processen. Eenheid en schaalgrootte omwille van efficiëntie en verscheidenheid en maatwerk omwille van de effectiviteit worden tegelijkertijd gewenst. De structuren zullen beide mogelijk moeten maken.

6.7.2 Structuurdilemma's

De zorgketendoelen stellen dus ieder deels eigen en soms strijdige eisen aan de benodigde afstemming. Rivas, Carint en Pantein zijn structuren gaan ontwikkelen om tot die benodigde afstemming te komen. Hebben zij gegeven deze gedeeltelijke strijdigheid een structureringsvorm gevonden, die onpartijdig voor alle gewenste afstemming de geschikte voorwaarden biedt? Of leidt iedere structuurkeuze zowel tot structurele integratie als tot structurele fragmentatie, waardoor doelen slechts partieel haalbaar zijn? Gaan de structuurontwikkelingen daardoor gepaard met processen van structurele integratie, fragmentatie of beide? Deze vragen staan in deze paragraaf centraal.

De lange termijn illusie van structurele integratie

De ontwikkelingen van Rivas, Carint en Pantein gaan gepaard met processen van structurele integratie wanneer vanuit een lange termijn perspectief naar de ontwikkeling van de zorgke-

tens wordt gekeken (zie ook hoofdstuk 5). Alle organisaties, die nu onder de zorgketens ressorteren, waren lange tijd stand alone organisaties met een gerichtheid op het eigen primaire procesdeel. Ze hadden eigen ondersteunende diensten, eigen beleid en een eigen management. Tussen de organisaties was vooral fragmentatie. Aan deze gefragmenteerde situatie kwam op graduele wijze een einde. De organisaties gingen eerst op primair procesniveau met elkaar samenwerken. Er kwam enige integratie op dit niveau. Daarna fuseerden zij horizontaal of verticaal met elkaar. Binnen ieder gefuseerd conglomeraat kwam enige integratie tot stand tussen het management, de ondersteuning en de primaire processen. Tussen de organisaties die niet fuseerden en tussen de gefuseerde conglomeraten was vooral fragmentatie. Beleid werd alleen in beleidsnetwerken afgestemd. Deze vorm van structurele integratie voltrok zich vooral op hoger managementniveau en zonder verplichting en uitwerking op alle beleidsvelden. Pas met de fusies tot Rivas, Carint en Pantein nam de structurele integratie echt toe. In eerste instantie vond deze integratie op bestuurlijk niveau plaats, maar al snel werden het management, de ondersteunende diensten, de primaire processen (in deze volgorde) geïntegreerd. Het integreren van de besturen leidde tot het afstemmen van het beleid en de aansturing van de zorgketenonderdelen. Er kwam één besturingscentrum en zorgketenbreed beleid. De ondersteunende diensten werden eveneens geïntegreerd en tezamen met het geïntegreerde management ontstond eenduidigheid in aansturing en ondersteuning. Met de regionalisering en decentralisatie van het management en de ondersteuning werd de gerichtheid op het eigen procesdeel verder verlaten voor een gerichtheid op het geïntegreerde primaire proces. Men begon het primaire proces te integreren en het management, de ondersteuning en de geïntegreerde primaire processen op elkaar af te stemmen.

De ontwikkeling van Rivas, Carint en Pantein lijkt door het realiseren van al deze afstemming gepaard te gaan processen van structurele integratie. Taken, functies en werkzaamheden van de stand alone organisaties zijn immers afgestemd op het niveau van het management, de ondersteuning en de primaire processen, als ook tussen deze niveaus. De werkelijkheid blijkt echter veel complexer te zijn als vanuit deze brede lange termijn focus wordt ingezoomd op een dieperliggend korter termijn detailniveau. Gefragmenteerde delen zijn weliswaar op elkaar afgestemd, maar deze integratie brengt nieuwe fragmentatie teweeg tussen voorheen goed afgestemde delen. Waar en hoe hangt geheel van de gekozen structuren af.

Het dilemma bij de keuze voor een primaire processtructuur

Rivas, Carint en Pantein hebben meerdere concernstructuren beproefd om de doelen van hun zorgketen te behalen. De primaire processen zijn in de tijd verschillend gestructureerd. Bij alledrie zijn de primaire procesdelen eerst in divisies georganiseerd. De primaire procesdelen van V&V zijn daarna lokaal geïntegreerd. De ziekenhuiszorg en enkele overstijgende zorgvormen zijn in afzonderlijke divisies ondergebracht. Uit deze keuzes zijn drie ideaaltypische structuren te destilleren: alle gelijke zorgvormen in separate divisies organiseren, alle zorgvormen in integrale eenheden organiseren of een combinatie van beide.

	divisies	integrale eenheden
structurele integratie structuur bevordert mate van	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming zelfde zorgvormen en professionals • afstemming tussen management, ondersteunende diensten en primaire procesdeel • afstemming aansturing zelfde zorgvormen 	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen zorgvormen en professionals • afstemming tussen management, ondersteunende diensten en het geïntegreerde primaire proces • afstemming aansturing zorg op lokale omgeving
structurele fragmentatie structuur begrenst mate van	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen zorgvormen en professionals • afstemming tussen management, ondersteunende diensten en het geïntegreerde primaire proces • afstemming aansturing zorg op lokale externe omgeving 	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming zelfde zorgvormen en professionals • afstemming tussen management, ondersteunende diensten en primaire procesdeel • afstemming aansturing zelfde zorgvormen
betere voorwaarden voor de doelen	specialisatie efficiëntie bestuurbaarheid	integrale zorg effectiviteit slagvaardigheid

Tabel 6.7. De relatie tussen de primaire processtructuren, afstemming en doelen

De keuze voor een structureringsvorm leidt tot een dilemma. Iedere structuur zorgt voor structurele integratie en fragmentatie, waardoor iedere structuur een wissel trekt op de afstemming die voor de doelen nodig is (zie tabel 6.7). Uit de bovenstaande paragrafen blijkt dat een ordening naar divisies leidt tot een gerichtheid op specialisatie en bestuurbaarheid en een gerichtheid op integrale zorg en slagvaardigheid bemoeilijkt. Het structureren naar integrale eenheden werkt daarentegen bevorderend voor het realiseren van integrale zorg en slagvaardigheid, maar belemmerend voor het realiseren van specialisatie en bestuurbaarheid. Dat komt, omdat het ordenen naar divisies betere voorwaarden schept voor het afstemmen tussen dezelfde professionals en zorgvormen en het stroomlijnen van het management en de ondersteuning op primaire procesdelen. Integrale eenheden bieden betere voorwaarden om af te stemmen tussen professionals en zorgvormen en tussen het management, de ondersteuning en de geïntegreerde primaire processen. Complicerende factor is bij alledrie dat bepaalde zorgvormen een minimale schaalgrootte behoeven om efficiënt geleverd te kunnen worden. Het structureren naar integrale eenheden is voor deze zorgvormen nauwelijks een alternatief. Het onderbrengen van deze zorgvormen in divisies begrenst echter het realiseren van integrale zorg en effectiviteit in die zorgvormen.

Voor zorgketens is het continu laveren tussen een keuze voor divisiestructuren, structuren met integrale eenheden en structuren waarbij delen naar divisies en delen integraal worden georganiseerd. Geen structuur biedt de optimale voorwaarden om alle doelen te behalen. Iedere structuurontwikkeling leidt tot processen van integratie en fragmentatie.

Het dilemma bij de keuze voor een managementstructuur

De ontwikkeling van de managementstructuren van Rivas, Carint en Pantein is eerst gepaard gegaan met het integreren van de besturen. De overige managers bleven de divisies en ondersteunende diensten van de gefuseerde stichtingen aansturen. Met het herstructureren van de ondersteunende- en primaire processen werd het management gestroomlijnd met deze nieuwe structuren. Dit ging gepaard met een partiële decentralisatie van taken en bevoegdheden. De zorgketens blijken hierbij continu afwegingen te maken over de eenheid die managers aansturen en de verantwoordelijkheden die zij krijgen. Op basis van het type eenheid dat managers aansturen zijn de volgende ideaaltypische structureringsvormen te onderscheiden:

- functioneel management, waarbij managers functionele eenheden aansturen (bijvoorbeeld een manager thuiszorg of een manager financiële zaken);
- integraal management, waarbij managers integraal eenheden aansturen (managers, die alle zorgvormen en alle ondersteunende diensten van een eenheid aansturen);
- combinaties van functioneel en integraal management (beide soorten managers komen voor of managers sturen sommige zorgvormen en sommige ondersteunende diensten van een eenheid aan).

Iedere keuze bevordert en beperkt de mogelijkheden om tot afstemming te komen en daarmee het behalen van de verschillende doelen (zie tabel 6.8). Iedere implementatie van een structuur zorgt voor het realiseren van afstemming, terwijl de aanwezige afstemming elders wordt verbroken.

	functioneel management centralisatie verantwoordelijkheden	integraal management decentralisatie verantwoordelijkheden
structurele integratie structuur bevordert mate van	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen management van gelijke ondersteunende diensten en zorgvormen • afstemming aansturing verschillende zorgketenonderdelen • afstemming aansturing op regionale en landelijke omgeving 	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen management, ondersteuning en (geïntegreerd) primaire proces • afstemming aansturing op zorgketenonderdelen • afstemming aansturing op lokale omgeving
structurele fragmentatie structuur begrenst mate van	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen management, ondersteuning en (geïntegreerd) primaire proces • afstemming aansturing op zorgketenonderdelen en lokale omgeving 	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen management van gelijke ondersteunende diensten en zorgvormen • afstemming aansturing op verschillende zorgketenonderdelen en op regionale en landelijke omgeving
betere voorwaarden voor de doelen	specialisatie efficiëntie bestuurbaarheid	integrale zorg effectiviteit slagvaardigheid

Tabel 6.8. De relatie tussen de managementstructuren, afstemming en doelen

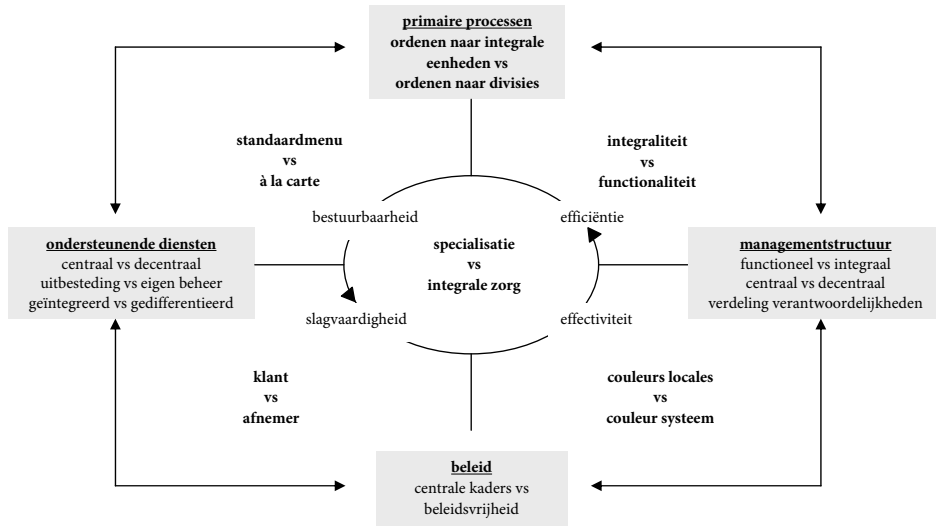
De structureringsvormen leiden namelijk, evenals bij de primaire processtructuren tot een verschil in gerichtheid. Functioneel management gaat gepaard met een gerichtheid op

specialisatie, efficiëntie en bestuurbaarheid. Managers sturen een specifieke zorgvorm of ondersteunende dienst aan, waardoor afstemming en het realiseren van eenheid binnen deze onderdelen voorop staan. Het aansturen van integrale eenheden leidt daarentegen tot een gerichtheid op integrale zorg, effectiviteit en slagvaardigheid. Integrale managers hebben de taak om zorgvormen en professionals te verbinden, het aanbod en de processen op de interne en externe vragen af te stemmen en de ondersteuning op het geïntegreerde primaire proces af te stemmen. Combinaties van functioneel en integraal management leiden tot optimalisatie van de afstemming voor sommige doelen en suboptimalisatie van de afstemming voor andere doelen. Iedere afstemming op een functionaliteit trekt een wissel op afstemming op integraliteit en omgekeerd.

In de zorgketens blijken managers voorts vier soorten verantwoordelijkheden te krijgen: hiërarchische, functionele, operationele en budgettaire (hfob). Iedere verantwoordelijkheid kan gecentraliseerd of gedecentraliseerd worden.

Het blijkt dat centralisatie en decentralisatie eveneens tot een verschillende gerichtheid leiden. Bestuurbaarheid, efficiëntie en specialisatie kunnen makkelijker bereikt worden met centralisatie. Bij een centralistische aansturing zijn verantwoordelijkheden in handen van één of enkele managers. Voor de ondersteunende diensten en zorgvormen en voor de zorgketen als geheel is een regisserende eenheid aanwezig. De beslissingen van managers zijn op de hele zorgketen gericht. De aansturing zal gericht zijn op het realiseren van eenheid in de ondersteuning en zorgvormen en de positie van de zorgketen in het regionale en landelijke krachtenveld. Bestuurbaarheid, efficiëntie en specialisatie zijn minder eenvoudig te bereiken bij een decentralisatie van verantwoordelijkheden. Meerdere managers nemen beslissingen over dezelfde ondersteuning en zorg en deze kunnen verschillen. Deze verscheidenheid is juist weer bevorderend voor integrale zorg en de effectiviteit en slagvaardigheid van de zorgketen. Het is beter mogelijk om aan te sluiten op vragen en lokale omstandigheden als managers zelf mogen beslissen over de aard en inzet van de ondersteuning en zorg. Ook is het beter mogelijk om de ondersteuning en de geïntegreerde primaire processen op elkaar af te stemmen. Doelen die met een centralistische aansturing juist weer minder eenvoudig te bereiken zijn. In zorgketens vindt daarom een constante afweging plaats welke onderdelen centraal of decentraal worden aangestuurd en tot hoever een integrale verantwoordelijkheid mag reiken. Iedere beslissing hierover gaat gepaard met processen van structurele integratie en fragmentatie.

De keuzes voor managementstructuren, primaire processtructuren en ondersteunende structuren beïnvloeden elkaar wederzijds (zie figuur 6.4). Bij een divisiestructuur passen gecentraliseerde ondersteunende diensten en functionele managers met gecentraliseerde verantwoordelijkheden. Bij een structuur met integrale eenheden passen gedecentraliseerde ondersteunende diensten en integrale managers met decentrale verantwoordelijkheden.



Figuur 6.4. De relatie tussen structuren en doelen

Het dilemma bij de keuze voor een beleidsstructuur

Rivas, Carint en Pantein hebben eerst beleid ontwikkeld voor de gehele zorgketen. Daarna is enige beleidsvrijheid aan de zorgketenonderdelen gegeven. Het blijkt dat bij het ontwikkelen van een beleidsstructuur steeds wordt gebalanceerd tussen het afdwingen van eenheid in beleid en het geven van beleidsvrijheid. Het ontwikkelen van beleid gaat daarom met centrale opgelegde eenduidigheid en decentrale gedifferentieerde vrijheid gepaard. Het verschilt per onderwerp hoe centraal bindend of ruimtegevend de kaders zijn.

Centrale kaders leiden door de algemene geldigheid ervan tot uniforme beleidsrichtingen. Het beleid van de verschillende onderdelen is eenduidig op elkaar afgestemd (zie tabel 6.9). Deze eenduidigheid bevordert de bestuurbaarheid en efficiëntie van de zorgketen. Enige beleidsvrijheid is echter nodig om tot een slagvaardige en effectieve zorgketen te komen. Dan kan meer passend geopereerd worden bij het benodigde en gewenste in een onderdeel en de lokale omgeving. De diversiteit in beleid, die hiervan een gevolg is, trekt echter een wissel op de bestuurbaarheid van de zorgketen, omdat in de zorgketen verschillende wegen worden ingeslagen.

De managementstructuur en de beleidsstructuur zijn op dit punt aan elkaar gerelateerd (zie figuur 6.4). Bij een volledig centralistisch functioneel georganiseerd management met integrale verantwoordelijkheden kunnen managers het beleid dicteren ten aanzien van hun functionaliteiten. Niemand anders heeft immers deze taak en niemand anders heeft inbreng in het beleid. Deze dubbele centralisatie leidt tot het doortrekken van de couleur van het systeem in alle onderdelen van de zorgketen. Bij een volledige decentralisatie van verantwoordelijkheden naar integraal verantwoordelijke managers van integrale eenheden kan iedere manager

	centrale kaders	decentrale vrijheid
structurele integratie structuur bevordert mate van	afstemming beleid verschillende zorgketenonderdelen en afstemming beleid op regionale en landelijke externe omgeving	afstemming beleid op zorgketenonderdelen en de lokale externe omgeving
structurele fragmentatie structuur begrenst mate van	afstemming beleid op zorgketenonderdelen en de lokale externe omgeving	afstemming beleid verschillende zorgketenonderdelen en afstemming beleid op regionale en landelijke externe omgeving
betere voorwaarden voor de doelen	bestuurbaarheid efficiëntie	slagvaardigheid effectiviteit

Tabel 6.9. De relatie tussen de beleidsstructuur, afstemming en doelen

passend bij zijn onderdeel en lokale omgeving beleid formuleren. Een verzameling couleurs locales bepaalt dan het gezicht van de zorgketen.

Het dilemma bij de keuze voor een ondersteuningsstructuur

Bij het ontwikkelen van een structuur voor de ondersteunende diensten hebben Rivas, Carint en Pantein eerst gelijksoortige diensten samengevoegd en procedures en systemen geharmoniseerd. Daarna zijn delen van de ondersteuning naar de verschillende onderdelen van de zorgketen gedecentraliseerd. Voor de toekomst wordt nagedacht over vormen van uitbesteding. Bij het ontwikkelen van een structuur voor de ondersteunende diensten wordt gelaveerd tussen centralisatie en decentralisatie van de ondersteunende diensten, standaardisatie en differentiatie van het aanbod en het zelf leveren en uitbesteden van diensten (zie tabel 6.10). Iedere keuze gaat gepaard met processen van integratie en fragmentatie.

Centralisatie, uniformering van het aanbod en gedwongen winkelnering bevorderen de afstemming tussen diensten, procedures en systemen, die nodig is om te komen tot efficiëntie, specialisatie en bestuurbaarheid. De hiermee bereikte schaalgrootte en uniformiteit maken het beter mogelijk om medewerkers te specialiseren, te laten rouleren en eenduidig te laten opereren. Integrale zorg, effectiviteit en slagvaardigheid zijn echter gebaat bij decentralisatie van de ondersteuning, pakketdifferentiatie en mogelijkheden om elders in te kopen. De ondersteuning kan dan beter aansluiten bij hetgeen een integrale eenheid nodig heeft voor het geïntegreerde primaire proces.

Ook hier is een wisselwerking met de andere structuren (zie figuur 6.4). Bij een divisiestructuur zijn de ondersteunende diensten in functionele eenheden georganiseerd. Omdat alle diensten en de zeggenschap zijn gecentraliseerd is eerder sprake van gedwongen winkelnering en een standaardaanbod voor alle onderdelen (standaardmenu). Bij een ordening naar integrale eenheden is de ondersteuning eerder gedecentraliseerd. Het is aan de managers van die eenheden om passend bij de lokale kleur te kiezen voor het soort ondersteuning (à la carte).

	centralisatie uniform aanbod gedwongen winkelnering	decentralisatie gedifferentieerd aanbod uitbesteding
structurele integratie structuur bevordert mate van	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen zelfde ondersteunende diensten • afstemming procedures en systemen • afstemming ondersteuning op primair procesdeel 	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming aanbod ondersteuning op vraag gebruikers • afstemming procedures en systemen op vraag gebruikers • afstemming ondersteuning op geïntegreerde primaire proces
structurele fragmentatie structuur begrenst mate van	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming aanbod ondersteuning op vraag gebruikers • afstemming procedures en systemen op vraag gebruikers • afstemming ondersteuning op geïntegreerde primaire proces 	<ul style="list-style-type: none"> • afstemming tussen zelfde ondersteunende diensten • afstemming procedures en systemen • afstemming ondersteuning op primair procesdeel
betere voorwaarden voor de doelen	bestuurbaarheid efficiëntie specialisatie	slagvaardigheid effectiviteit integrale zorg

Tabel 6.10. De relatie tussen de ondersteuningsstructuren, afstemming en doelen

Centralisatie en gedwongen winkelnering kunnen, onder condities van beleidsvrijheid, echter de voorwaarden bieden om de ondersteuning passend aan het primaire proces te integreren. De beleidsvrijheid heeft tot consequentie dat de ondersteuning in het standaardaanbod de wensen van de onderdelen hoort te honoreren. De vraag bepaalt het aanbod en de zorgketenonderdelen zijn als het ware klant van de ondersteunende diensten. De zorgketenonderdelen worden afnemer van de ondersteunende diensten als het beleid sterk gecentraliseerd is. Vastgesteld is reeds wat het beleid is en welke ondersteuning daartoe nodig is. De zorgketenonderdelen nemen het aanbod alleen af.

6.7.3 Structuurconfiguraties van zorgketens

Zorgketens zijn op vele manieren te structureren, zo blijkt uit het bovenstaande. Besproken is dat structuurkeuzes met elkaar samenhangen en elkaar uitsluiten. Een zorgketenstructuur bestaat daardoor uit combinaties van structuren. Deze zijn als structuurconfiguraties van zorgketens te duiden. Voor zorgketens zijn drie structuurconfiguraties te onderscheiden: de functionele structuur, de integrale structuur en de procesgerichte structuur (zie tabel 6.11). Deze configuraties verschillen in: ordening naar functionaliteit of processen, centralisatie of decentralisatie en standaardisatie of differentiatie.

Een **functionele structuur** heeft als kenmerken een functionele ordening, gecentraliseerde beleids- en besluitvorming en standaardisatie van processen en producten. Zorgvormen zijn naar sectoraal ingedeelde divisies georganiseerd. De zorg is gestandaardiseerd en op een deel-vraag van een cliënt gericht. De ondersteunende diensten zijn gecentraliseerd en geharmo-

	Functionele structuur	Integrale structuur	Procesgerichte structuur
Managementstructuur			
top	Eenhoofdig bestuur met bestuurlijke en strategische eindverantwoordelijkheid alle divisies	Meerhoofdig bestuur. Portefeuille mix divisies en integrale eenheden. Gedeelde eindverantwoordelijkheden	Bestuur of directie samengesteld uit managers middenkader met portefeuilleverdeling en eindverantwoordelijkheid naar integrale eenheden
middenkader zorg	Divisiemanagers met h, f, b-verantwoordelijkheden	Accent op managers integrale eenheden binnen mix divisiemanagers en managers integrale eenheden met h, f, b zorg en o en b ondersteuning	Managers integrale eenheden met h, f, b zorg en h, o, b ondersteuning
middenkader ondersteuning	Divisiemanagers met h, f, o, b ondersteuning	Teamhoofden met h, f ondersteuning	Teamhoofden met f ondersteuning
managers uitvoerende kern zorg	Unitmanagers met f, o zorg. Afdelingshoofden en teamleiders met o zorg	Afdelingshoofden en teamleiders met f, o zorg en o ondersteuning	Hoofden integrale teams met h, f, o, b zorg en o, b ondersteuning
besluitvorming	Centraal	Mix centraal en decentraal	Decentraal
Primaire processtructuur			
ordening	zorgvorm	accent op integratie zorgvormen	integratie zorgvormen
oriëntatie	sector/ deelvraag cliënt	accent op cliëntcategorie/ integrale vraag	cliëntcategorie/ integrale vraag
Beleidsstructuur			
beleidskaders	centrale kaders	mix centrale en decentrale kaders	decentrale kaders
beleidsportefeuilles	bestuur portefeuillehouder alle beleidsgebieden	verdeling portefeuille over bestuur, middenkader, uitvoerende kern	verdeling portefeuille over middenkader en uitvoerende kern
Ondersteuningstructuur			
ordening	centrale ondersteuning	deels gecentraliseerde en deels gedecentraliseerde ondersteuning	gedecentraliseerde ondersteuning
aanbod	gestandaardiseerd	mix standaardisatie en differentiatie	gedifferentieerd aanbod
leverancier	eigen ondersteuning	eigen ondersteuning, invloed op uitbesteding ondersteuning	vrijheid keuze eigen ondersteuning en uitbesteding
Ontwikkelfase	Opbouwfase begin	Doorkantelen middenjaren	Decompositie toekomst
h=hiërarchische, f=functionele, o=operationele en b=budgettaire bevoegdheden en verantwoordelijkheden			

Tabel 6.11. Structuurconfiguraties van zorgketens

niseerd. De zorgketen wordt centraal aangestuurd door een bestuur en divisie managers met integrale verantwoordelijkheden voor respectievelijk de gehele zorgketen en de divisies. Er zijn veel managementlagen. De managers in de uitvoerende kern hebben vooral operationele verantwoordelijkheden. Enige decentralisatie is aanwezig, maar de besluitvormingsmacht ligt vooral bij de divisie managers en het bestuur. Het beleid wordt centralistisch vastgesteld. Beleidskaders zijn algemeen geldend. De beleidsvrijheid daarbinnen is gering. Het bereiken van efficiëntie, specialisatie en bestuurbaarheid staan als doelen centraal. De focus ligt op de functionaliteiten, het doortrekken van de couleur van het systeem, afnemersrelaties tussen de onderdelen en het creëren van standaarden. Deze structuurconfiguratie past bij de wijze waarop Pantein is gestructureerd.

In een **integrale structuur** domineert een ordening naar processen, decentralisatie en differentiatie. Het merendeel van de zorgvormen is in lokale eenheden geïntegreerd. De focus ligt op de integrale cliëntvraag. Een deel van de zorg is echter naar divisies georganiseerd. In de zorgketen is een mix van integrale managers en divisie managers aanwezig. Het accent ligt op integraal management. Verantwoordelijkheden worden zo laag mogelijk in de organisatie gelegd met aandacht voor een mix aan verantwoordelijkheden voor de zorg en ondersteuning. Voor een deel blijven de verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor de zorg en ondersteuning gecentraliseerd. De ondersteuning biedt een standaardaanbod, maar differentiatie daarbinnen is mogelijk. Binnen centrale kaders is decentrale vrijheid. Effectiviteit, slagvaardigheid en integrale zorg staan als doelen centraal, maar er is tevens aandacht voor efficiëntie, bestuurbaarheid en specialisatie. Deze configuratie past bij Carint en Rivas.

De **procesgerichte structuur** wordt gekenmerkt door een structurering naar processen, decentrale beleids- en besluitvorming en gedifferentieerd beleid, zorg en ondersteuning. De zorgketen bestaat uit verschillende lokale eenheden, waarin alle zorgvormen en ondersteunende diensten zijn geïntegreerd. De zorg is gericht op de integrale vraag en daarmee op het gehele procesverloop van een specifieke cliëntcategorie. De zorg, de ondersteuning en het beleid verschillen per lokale eenheid om aan te kunnen sluiten bij de integrale vraag. De zorgketen heeft een gedifferentieerd aanbod aan zorg en ondersteuning. Verantwoordelijkheden zijn gedecentraliseerd, waardoor er weinig managementlagen zijn. Integrale managers zijn verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van een eenheid of een geïntegreerd team binnen een eenheid. Managers van de ondersteuning hebben alleen functionele verantwoordelijkheden om de kwaliteit van de ondersteuning te borgen. De integrale managers van de eenheden vormen samen de directie of het bestuur van de zorgketen. De eenheden zijn vrij om beleid te maken en om extern diensten te kopen. Als doelen staan effectiviteit, integrale zorg en slagvaardigheid centraal. De focus ligt op integraliteit, de couleurs locales van de verschillende onderdelen, een klantrelatie tussen de onderdelen en het á la carte kiezen wat nodig is. Een structuurconfiguratie als deze wordt in de drie cases als mogelijkheid voor de toekomst gezien.

6.7.4 Het ontwikkelen van doelbereikende zorgketens

Met geen structuurconfiguratie zijn alle doelen van een zorgketen even goed te realiseren. In iedere configuratie is sprake van structurele integratie en structurele fragmentatie, waardoor iedere configuratie de betere voorwaarden schept voor slechts een deel van de doelen. Het ontwikkelen van een geschikte structuurconfiguratie voor zorgketens is daarom een complex vraagstuk. In zorgketens wordt op twee manieren met deze complexiteit omgegaan: het implementeren van overlegvormen en het in de tijd structureren naar verschillende configuraties.

Integreren met overlegvormen

De structurele fragmentatie wordt overbrugd met overlegvormen. De overlegvormen maken het mogelijk om de afstemming te realiseren, die een structuur niet van nature biedt. Hoe functioneler de zorgketen is geconfigureerd hoe meer overlegvormen gericht zijn op het bijebrengen van managers en medewerkers van de verschillende onderdelen om tot wederzijdse afstemming en kruisbestuiving te komen. De overleggen hebben tot doel de integrale zorg, effectiviteit en slagvaardigheid te bevorderen. Hoe procesgerichter de zorgketen is ingericht hoe meer overleggen gericht zijn op het bereiken van efficiëntie, eenheid en specialisatie. Managers en medewerkers van de integrale eenheden komen bijeen om hun werkzaamheden en beleid te harmoniseren en stroomlijnen. Dit betekent geenszins dat in functionele zorgketens geen functioneel georiënteerde en in procesgerichte zorgketens geen integrale overlegvormen geïmplementeerd worden. Deze zijn aanwezig om mogelijkheden voor structurele integratie te versterken. Verschil is dat deze overleggen gegeven de structuren vanzelfsprekend zijn, terwijl nieuwe overleggen worden ingesteld voor de andere doelen. In integrale zorgketens zijn beide soorten overleg aanwezig. Afhankelijk van waar harmonisatie of kruisbestuiving nodig is, worden overlegvormen geïmplementeerd. Voorbeelden van overleggen om tot eenheid te komen zijn de overleggen van de rayonmanagers bij Rivas of de conventen bij Carint. Voorbeeld van overleggen om tot kruisbestuiving te komen zijn het directieberaad en het lijnoverleg bij Pantein.

De levensfase van een configuratie

Het belang dat aan de doelen wordt gehecht blijkt in de tijd te verschillen. De structuurconfiguraties van zorgketens verschillen daardoor in de tijd. Rivas, Carint en Pantein zijn eerst voornamelijk als sterk functionele zorgketens gestructureerd geweest. Daarna is men langzaam begonnen met het ordenen naar processen, het decentraliseren en het toelaten van enige differentiatie. De drie zorgketens zijn zich op dit moment ook langs deze lijn aan het doorontwikkelen. De reden om in beginsel vrij functioneel te ordenen, is bij alle drie dat men eerst toewerkte naar het verbinden van de fuserende organisaties tot een sterk gepositioneerde zorgketen. Het versterken van de verschillende onderdelen en het creëren van systeemeenheid stonden daartoe centraal. Vooral doelen als bestuurbaarheid, efficiëntie en specialisatie werden in deze, zo te noemen, opbouwfase nagestreefd om tot een sterke zorgketen te komen. Op het

moment dat de zorgketens enigszins gestabiliseerd waren, is men gaan doorkantelen. Door de opbouwfase is het mogelijk geworden om onderdelen op te knippen en decentraal integraal te organiseren. Integrale zorg, effectiviteit en slagvaardigheid zijn steeds meer centraal komen te staan. Voor de toekomst beogen de drie zorgketens nog meer te gaan decentraliseren en differentiëren. Verwacht zou kunnen worden dat wanneer alle zorgketenonderdelen dermate sterk zijn dat zij als complete zelfstandige entiteiten kunnen overleven, de zorgketens zelfs procesgerichte structuren zullen gaan ontwikkelen. Een integrale eenheid is dan zowel in staat om efficiënt als effectief te opereren, integrale zorg te leveren en de zorgvormen daarbij te specialiseren en slagvaardig te reageren zonder bestuurbaarheidsproblemen. Vraag is wel of deze conglomeraten van zelfstandige integrale eenheden nog wel als zorgketens te duiden zijn. Wellicht is na een laatste fase van decompositie in de zorgsector geen sprake meer van zorgketens, maar van een veelheid aan organisaties, die ieder alle zorg aan een specifieke cliënt-categorie leveren.

Tot besluit

Of het zover komt is een vraag. Zorgketens moeten eerst in staat zijn om die integrale zorgtrajecten naar cliëntencategorie te leveren. In het volgende hoofdstuk staat centraal hoe zorgketens deze uitdaging oppakken.

Het ontwikkelen van ketentrajecten

7.1 Inleiding

Rivas, Carint en Pantein ontwikkelen, naast concernstructuren, ketentrajecten om de zorgverlening aan cliënten af te stemmen. Ketentrajecten zijn gestroomlijnde primaire processen rondom een cliëntcategorie (zie hoofdstuk 1). Voor deze studie zijn het ketentraject wonen, zorg en welzijn voor ouderen (voorts afgekort tot WZWO) en het CVA-ketentraject geselecteerd (zie hoofdstuk 4). De ketentrajectvorming gaat gepaard met het ontwikkelen van woon-, zorg-, behandel- en welzijnsvoorzieningen (voorts afgekort tot voorzieningen) en coördinatiemechanismen om cliënten integrale zorg te kunnen leveren. In dit hoofdstuk staan deze ketentrajectstructuren centraal. Het is echter niet mogelijk geweest om de ontwikkelingen volgtijdelijk te beschrijven. Er is namelijk geen duidelijk moment aan te wijzen waarop deze zijn begonnen, omdat het begrip 'ketentraject' vroeger niet bestond. Het omgekeerde is het geval. Organisaties ontwikkelen al jaren voorzieningen en coördinatiemechanismen. Deze zijn pas recentelijk als structuren van ketentrajecten te duiden. Om de ketentrajectvorming bloot te leggen is onderzocht waarom en welke voorzieningen en coördinatiemechanismen Rivas, Carint en Pantein ontwikkelen, als ook de problemen daarbij. De structureringsprocessen zijn achterhaald door de vroegere, huidige en toekomstige voorzieningen en mechanismen met elkaar te vergelijken. Het accent ligt hierdoor in dit hoofdstuk op een beschrijving van de voorzieningen, coördinatiemechanismen en typen structureringsprocessen. Hiermee wordt tevens een overzicht gegeven van de voorzieningen en coördinatiemechanismen, waarmee integrale zorg gerealiseerd kan worden.

In dit hoofdstuk wordt betoogd dat Rivas, Carint en Pantein sterk inzetten op processen van structurele integratie bij het vormgeven van de ketentrajecten. De nieuwe voorzieningen en coördinatiemechanismen dienen steeds het doel om de zorg¹ aan cliënten zo afgestemd mogelijk te leveren. Het streven naar afstemming is echter begrensd. Het is niet altijd mogelijk om de gewenste voorzieningen en coördinatiemechanismen te ontwikkelen en voor iedere

1. Omwille van de leesbaarheid wordt de term zorg gehanteerd om het geheel van welzijn, wonen, behandeling en zorg te duiden.

doelgroep zijn deels andere nodig. Het realiseren van integrale zorg concurreert daarbij met het realiseren van efficiëntie en specialisatie in de zorg. Iedere gerealiseerde afstemming leidt tenslotte tot nieuwe afstemmingsvraagstukken binnen en tussen ketentrajecten en tussen ketentrajecten en de concernstructuren. Het streven naar structurele integratie is daarom niet alleen begreep. Het leidt ook tot nieuwe fragmentatie.

In paragraaf 7.2 wordt besproken wat bij Rivas, Carint en Pantein onder integrale zorg wordt verstaan. In paragraaf 7.3 staan de structuren en structuurontwikkelingen van het ketentraject WZWO centraal. In paragraaf 7.4 worden de overeenkomsten en verschillen beschreven tussen de structuren en structuurontwikkelingen van de ketentrajecten WZWO en CVA. De interferentie tussen ketentrajecten is tevens onderwerp van bespreking. In paragraaf 7.5 staat de relatie tussen de ketentraject- en concernontwikkeling centraal.

7.2 Ketentrajecten als middel om integrale zorg te realiseren

Bij Rivas, Carint en Pantein is men zeer eensgezind over de betekenis van integrale zorg. Integrale zorg krijgt steeds de betekenis van zorg waarbij met een integraal aanbod wordt aangesloten bij de integrale vraag van cliënten. Een integrale vraag krijgt bij alledrie de betekenis van het geheel aan in de tijd onderling samenhangende wensen en behoeften, die een individuele cliënt op een bepaalde plaats en op alle mogelijke domeinen heeft. Zo geeft een clustermanager van Pantein aan dat het erom gaat 'dat je alle aspecten van de mensen in zijn totaliteit meeneemt'. Een verpleeghuisarts van Rivas heeft het over 'de zorgproblematiek, die een patiënt heeft op somatisch, psychisch, maatschappelijk en communicatief gebied'. Bij Carint wordt in termen van vraaggerichtheid gesproken over 'alle facetten van de cliëntvraag'. Bij een integrale vraag gaat het niet alleen om vragen op één moment, maar om de vragen op alle momenten. Medewerkers van Rivas, Carint en Pantein spreken hier in termen van 'het beloop van de vraag', 'de in de tijd veranderende vraag', 'wensen en behoeften op de gehele levenslijn' en 'de voortschrijdende vraag'. Het voldoen aan de integrale vraag betekent bij de zorgketens tenslotte dat de zorg gegeven wordt op de plaats waar de vraag zich voordoet of de plaats waar de cliënt de zorg wil krijgen.

Het ontwikkelen van ketentrajecten heeft tot doel om het integrale aanbod te realiseren dat nodig is om bij die integrale vraag te kunnen aansluiten. Een integraal aanbod krijgt de betekenis van aanbod op alle zorgdomeinen, dat altijd op iedere plaats in samenhang geleverd kan worden. Bij Rivas wordt bijvoorbeeld gesteld: 'het gaat om alle elementen die er zijn: wonen, zorg, welzijn, begeleiding, behandeling, verpleging en verzorging'. Het betekent zelfs dat 'de zorg zodanig georganiseerd is dat het één product is. De patiënt moet niet het idee hebben dat hij vier producten koopt'. Bij Carint wordt gesproken in termen van: 'behalve dat het aanbod van diensten zo goed mogelijk aansluit bij de vraag, wordt ook de samenhang tussen de diensten gewaarborgd (Perspectiefnota 2004-2006, 2004)'. Een directeur licht toe: 'Die integraliteit moeten we zien te realiseren door te zorgen dat

die verschillende onderdelen die we nu los van elkaar leveren veel meer met elkaar in verbinding staan en aan elkaar verwant worden om op die manier aangeboden te kunnen worden.' Bij Pantein wordt gesteld 'dat het van belang is dat de aansluiting van de ene op de andere woon- en zorgsoort naadloos, vloeiend en zonder schotten is (Wonen, zorg en welzijn onder één dak, 2004)'. Het tijdsaspect komt terug in de wens van de zorgketens om het aanbod zonder wachttijden te leveren en in de tijd op elkaar te laten aansluiten. Bij Carint spreekt men bijvoorbeeld over 'tijdpadarrangementen'. Een RvB-lid van Carint licht toe dat Carint 'in staat moet zijn een continu en aaneengeschaakt traject in de tijd te bieden'. Het tijdig signaleren van en inspelen op de vraag vallen hier ook onder. Een Rivasmedewerker zegt hierover: 'Vroegtijdig signaleren dat er problemen zijn en dat iemand de zorg krijgt die die moet krijgen en dat die zorg steeds wordt aangevuld tot een volledig pakket. Het is het continu aanvullen van leemtes die ontstaan'. De plaatsgebondenheid van het aanbod krijgt bij alledrie de betekenis van aanbod dat voor iedereen, zo dichtbij mogelijk en bij voorkeur thuis beschikbaar is. Een integraal aanbod betekent tenslotte dat cliënten zo min mogelijk worden overgedragen en overgeplaatst. In de volgende paragrafen staat centraal hoe Rivas, Carint en Pantein ketentrajecten ontwikkelen om dit gewenste integrale aanbod te realiseren.

7.3 De ontwikkeling van ketentrajecten wonen, zorg en welzijn voor ouderen

Rivas, Carint en Pantein ontwikkelen alledrie ketentrajecten wonen, zorg en welzijn voor ouderen (WZWO). Daarmee beogen zij ouderen te allen tijde en zoveel mogelijk overal woningen, zorg en welzijn te bieden. In de paragrafen 7.3.1 en 7.3.2 staan de voorzieningen en coördinatiemechanismen centraal, die de zorgketens daartoe ontwikkelen en de grenzen waar zij tegenaan lopen.

7.3.1 Het ontwikkelen van woon, zorg en welzijnsvoorzieningen voor ouderen

Het lijkt vanzelfsprekend dat de zorgketens voorzieningen ontwikkelen. Het belang ervan mag echter niet worden onderschat. Zonder de juiste soort, hoeveelheid en combinatie kan geen integrale zorg worden geleverd. De drie zorgketens volgen drie strategieën bij het ontwikkelen van voorzieningen: het zorgen voor voorzieningen die inhoudelijk passen bij de vraag, het zorgen voor afdoende capaciteit en spreiding van voorzieningen om aan te sluiten bij de omvang en plaats van de vraag en het integreren van voorzieningen om samenhang te bewerkstelligen.

Ontwikkelen om aan te sluiten op de inhoud, omvang en plaats van de vraag

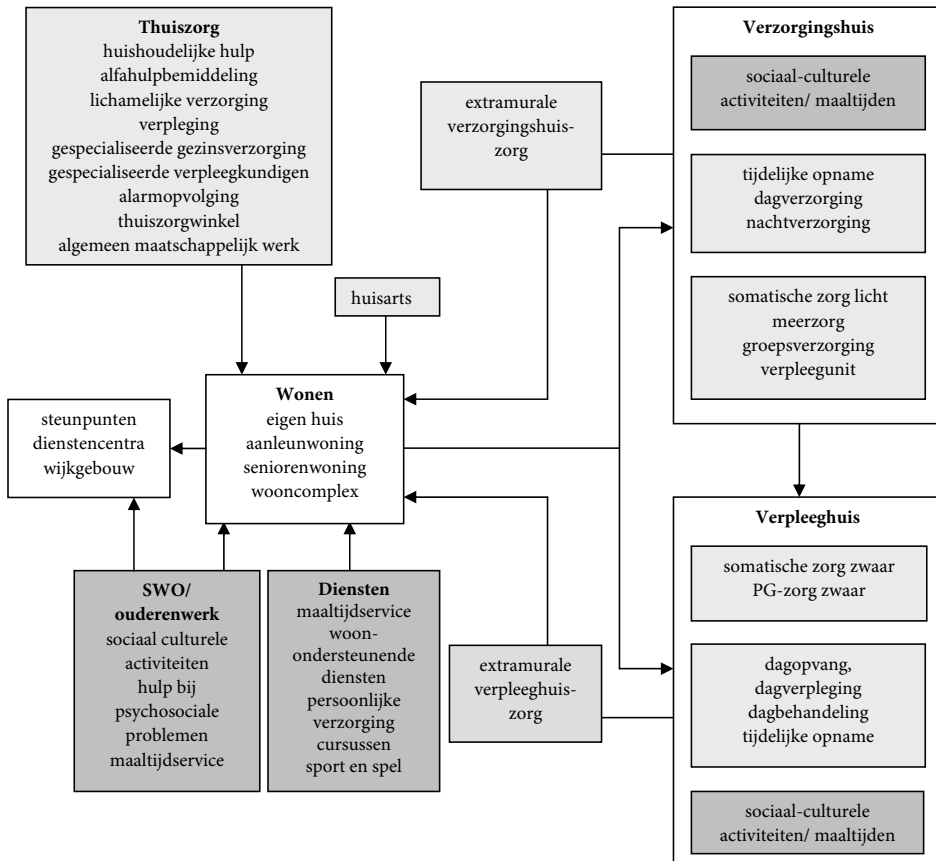
Ouderen hebben complexe vragen. Om aan te sluiten bij de inhoud, omvang en plaats van de vraag ontwikkelen Rivas, Carint en Pantein een veelheid aan woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen (zie figuur 7.1). Tussen de zorgketens bestaan echter overeenkomsten en verschillen in het palet aan aangeboden voorzieningen en de gerichtheid bij het tot stand brengen ervan (zie tabel 7.1). Rivas en Carint hebben veel aanbod. Rivas is voornamelijk gericht op het ver-

huidige aanbod zorgketens	Rivas	Carint	Pantein
woonvoorzieningen	gering	groot	zeer groot
woonondersteunende diensten	groot	groot	geen
thuiszorg	groot	groot	geen
extramurale zorg verzorgingshuis	gemiddeld	geen	groot
extramurale zorg verpleeghuis	groot	gering	gemiddeld
dagvoorzieningen	zeer groot	gemiddeld	gemiddeld
welzijn	gemiddeld	zeer groot	gering
intramurale zorg	groot	groot	groot
verpleeghuiszorg in verzorgingshuis	groot	groot	groot
integratie aanbod	gemiddeld	gemiddeld	gemiddeld
gerichtheid ontwikkelen	Rivas	Carint	Pantein
woonvoorzieningen	gemiddeld	groot	zeer groot
woonondersteunende diensten	groot	groot	groot
thuiszorg	groot	groot	geen
extramurale zorg verzorgingshuis	groot	geen	zeer groot
extramurale zorg verpleeghuis	zeer groot	gemiddeld	groot
dagvoorzieningen	groot	groot	groot
welzijn	gemiddeld	zeer groot	zeer groot
intramurale zorg	laag	laag	laag
verpleeghuiszorg in verzorgingshuis	groot	groot	groot
integratie aanbod	groot	groot	groot

Tabel 7.1. Aanwezige voorzieningen en gerichtheid bij het ontwikkelen

beteren van het aanbod aan zorgvoorzieningen, terwijl Carint vooral aandacht besteedt aan woon- en welzijnsvoorzieningen. Pantein heeft het kleinste aanbod en een gerichtheid op het ontwikkelen van alle soorten voorzieningen.

Extramurale voorzieningen krijgen bij alledrie expliciet aandacht. De meeste ouderen in de regio's van de zorgketens wonen nog thuis en de zorgketens stellen zich ten doel om deze ouderen zo lang en zo zelfstandig mogelijk en met zoveel mogelijk kwaliteit van leven extramuraal te laten wonen. Woonvoorzieningen zijn essentieel om deze doelen te bereiken. Carint en Pantein beheren veel woningen. Zij leggen zich meer dan Rivas toe op het uitbreiden van het aantal en de diversiteit aan woningen. Rivas is wel bezig met het bouwen van levensloopbestendige appartementen, maar bij Carint en Pantein zijn de plannen aangaande een woonaanbod explicieter en meer uitgewerkt. Carint wil een variatie aan grootschalige en kleinschalige residentiële zorg en zelfstandige woningen in de wijk (Huisvestingsplan 'Wonen bij Carint, van visie tot realisatie', 2004). Pantein stelt woonvoorzieningen centraal in de beleidsplannen en bouwt naar afnemende zorgbehoefte expertisecentra, wooncentra nieuwe stijl, woonclusters en woningen met domotica en telematica-applicaties (Notitie Woonconcepten, 2004).



Figuur 7.1. Woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen in het ketentraject WZWO

Rivas en Carint leveren daarbij hulpmiddelen en diensten vanuit hun Gezondheidsservice en thuiszorgwinkels om het zelfstandig wonen te bevorderen. Te denken valt aan boodschappen aan huis en trapliften. Zij breiden continu het aanbod uit. Pantein biedt deze diensten niet, maar beoogt dit in de toekomst wel te doen.

De drie zorgketens bieden vervolgens extramuraal zorgvoorzieningen om te borgen dat ouderen zorg in de woningen of in hun eigen huis krijgen. Rivas en Carint leveren daartoe ten eerste thuiszorg. Zij passen hun thuiszorgproducten continu aan op veranderende vragen. Pantein heeft geen thuiszorg, maar evenals Rivas en Carint wel verzorgings- en verpleeghuizen van waaruit extramuraal zorg wordt geleverd. Zo zijn er tijdelijke zorgvoorzieningen in de verzorgings- en verpleeghuizen (zoals dagverzorging en tijdelijke opnames), alwaar ouderen enkele dagdelen of weken verzorgd kunnen worden. Rivas levert als enige ook nachtverzorging en nachtverpleging. De zorgketens zijn erop gericht deze voorzieningen in al hun huizen aan te bieden.

Vanuit de instellingen wordt ook zorg geleverd bij ouderen thuis. De mate waarin verschilt per zorgketen. Carint levert vanuit de verzorgingshuizen alleen incidenteel zorg bij alarmering in aanpalende woningen. Rivas verleent deze zorg op structurele basis, maar alleen in woningen rondom de verzorgingshuizen. Pantein verleent de zorg ook in steunpunten en complexen in de wijk. Vanuit de verpleeghuizen wordt voornamelijk bij Rivas extramurale zorg gegeven. Verpleeghuisartsen en paramedici komen bij cliënten thuis. Bij Carint is dit zeer sporadisch het geval. Pantein heeft een zogenoemd VerpleegThuiszorgZorg-team (VTZ-team) met verpleeghuisartsen, thuiszorgmedewerkers, paramedici en een casemanager. Dit team levert echter niet in het hele werkgebied van Pantein zorg. Rivas en Pantein zijn sterk gericht op het uitbouwen van de extramurale zorg. Bij Carint is deze gerichtheid niet aanwezig ten aanzien van de verzorgingshuiszorg.

De zorgketens bieden voorts welzijnsvoorzieningen aan extramuraal wonende ouderen. Te denken valt aan maaltijden thuis en sociaal-culturele activiteiten in verzorgingshuizen, steunpunten en wooncomplexen. Rivas en Carint organiseren meer dan Pantein zelfstandig welzijnsvoorzieningen in de verzorgingshuizen. Zij leveren in tegenstelling tot Pantein ook vormen van psychosociale ondersteuning, zoals spreekuren van maatschappelijk werkers, ondersteuningsgroepen dementie en welzijnsdiensten via hun Gezondheid Services, zoals een pedicure aan huis, administratieve hulpverlening en cursussen. Het aanbod van Carint is het grootst. Pantein en Carint leggen zich het meeste toe op het realiseren van meer en nieuwe welzijnsvoorzieningen. Carint is zelfs begonnen met een project 'extramurale activiteitenbegeleiding' om ouderen thuis individuele activiteiten aan te kunnen bieden.

De zorgketens beheren tenslotte verzorgings- en verpleeghuizen. In de verzorgingshuizen zijn in de loop van de tijd allerlei verpleeghuisvoorzieningen ontwikkeld, zoals zwevende bedden, dag- en groepsverzorging, huiskamers, meerzorg en verpleegunits, zodat ouderen niet meer naar het verpleeghuis hoeven te verhuizen. De zorgketens stellen zich ten doel om deze voorzieningen in al hun huizen aan te bieden. In de verzorgings- en verpleeghuizen worden daarbij continu nieuwe welzijnsactiviteiten georganiseerd. De huizen worden bij alledrie ook verbouwd om beter aan te sluiten bij woonwensen. Bij Rivas is 't Nieuwe Gasthuis bijvoorbeeld op een andere plek geheel herbouwd volgens het principe van kleinschalig wonen. Ingezetten lijn is tevens om de huizen te ontmantelen en te vervangen met voornoemde woonvoorzieningen. Nieuwe instellingen worden nauwelijks gebouwd.

Ontwikkelen om samenhang te bewerkstelligen

Het integreren van voorzieningen vindt plaats door voorzieningen op één plaats te concentreren en door geïntegreerde pakketten te ontwikkelen. Voor deze vormen van integratie worden hier de termen 'fysieke integratie' en 'virtuele integratie' gebruikt. In enkele woonzorgcomplexen (bij Pantein in steunpunten) worden wonen, zorg en welzijn reeds geïntegreerd aangeboden. Rivas, Carint en Pantein beogen voor de toekomst tot meer fysieke en virtuele

integratie te komen. Pantein kiest daarbij voor de meest fysieke benadering. Pantein wil wonen, zorg en welzijn overal geïntegreerd aanbieden. Ook in de kleine dorpen. In de grote kernen komen expertisecentra voor specialistische zorg. In de middelgrote kernen komen woonzorgboulevards. Pantein bouwt daartoe op één terrein intramurale plaatsen, zorgwoningen, een restaurant, een dienstencentrum, welzijnscentra en een gezondheidscentrum. Op dit moment lopen vier van deze bouwprojecten. De kleine kernen in de regio van Pantein zullen vanuit de woonzorgboulevards worden ondersteund. In die kleine kernen komen beschutte woonvormen. Dit zijn complexen met zorgwoningen, welzijnsdiensten, gemeenschappelijke ruimten en zorgbezetting overdag. Voor Pantein omvat het fysiek integreren echter meer dan dit. Het gaat om de hele infrastructuur van een dorp. Pantein wil de leefbaarheid in de dorpen verbeteren door te zorgen voor bijvoorbeeld goede winkelveorzieningen of een bank.

Carint heeft voornamelijk een virtuele integratiestrategie. Daar gaat de aandacht uit naar het ontwikkelen van 'vraaggestuurde welzijn-, woon- en zorgprogramma's'. Deze programma's bestaan uit diensten (bijvoorbeeld verzorging), dienstpakketten (combinaties van diensten) of arrangementen (combinaties van pakketten). Alle vormen de bouwstenen voor de 'menukaart van Carint'. Carint investeert in fysieke integratie om het menu te kunnen leveren. Zoals gesteld bouwt Carint nieuwe woonvormen. De verpleeghuiscapaciteit van verpleeghuis Sint Elisabeth zal onder de noemer 'Transformatie verpleeghuiszorg' over deze woonvormen worden verspreid om overal verpleeghuiszorg te kunnen leveren. (Samenvatting 8 sessies, 2004; Carint Kaderbrief, 2004; Perspectiefnota 2004-2006, Keuzemenu Carint, 2004).

Rivas hanteert een evenredige mix van fysieke en virtuele integratie. Rivas wil op lokaal niveau een gedifferentieerd woningaanbod neerzetten met woonzorgarrangementen. De zorg zal vanuit lokale steunpunten door de thuiszorg, huisartsen en eerstelijnsparamedici geleverd worden. Ouderen kunnen tevens voor activiteiten en maaltijden in de steunpunten terecht. De intramurale instellingen blijven bestaan om specialistische zorg te leveren en om de steunpunten van kennis te voorzien.

Grenzen aan het ontwikkelen van producten en diensten

De ontwikkelingen bij Rivas, Carint en Pantein hebben tot op heden nog niet helemaal tot het gewenste integrale aanbod geleid. Voorzieningen worden op veel plaatsen niet of niet in samenhang geleverd. De capaciteit aan tijdelijke voorzieningen en verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen schiet tekort. Welzijnsactiviteiten worden niet overal georganiseerd en soms zijn ze niet toegankelijk voor iedere oudere. Het aanbod aan woningen is onvoldoende en de woningen passen niet altijd bij de tijd. De woonruimtes zijn vaak te klein. Het maakt het bouwtechnisch lastig om zorg en welzijn met wonen te integreren.

Het streven van Rivas, Carint en Pantein om zoveel mogelijk alles, overal, zo geïntegreerd mogelijk te leveren blijkt begrensd te zijn. De zorgketens beschikken niet over de financiële mid-

delen om tot een dekkende regionale spreiding te komen. Regels omtrent de bouw en bij wet geregelde functies van voorzieningen beperken eveneens de vrijheid om te ontwikkelen. Een sectordirecteur van Carint vertelt bijvoorbeeld dat het bouwen van geschikte woonvormen met welzijn en zorg geen kwestie is van naar wens bouwen en bemannen. Hier zijn allemaal regels voor. Voor verpleegunits is bijvoorbeeld een BOPZ-erkenning nodig. Vele voorzieningen kunnen ook niet zonder productieafspraken en subsidies van verzekeraars en de overheid opgezet worden. Het oplossen van lacunes ligt daardoor regelmatig buiten het bereik van de zorgketens. Behalve politieke lobby en goed onderhandelen stellen medewerkers bij Rivas, Carint en Pantein soms niets anders te kunnen doen, dan wachten totdat plannen worden goedgekeurd.

Daarbij worstelen de zorgketens met het dilemma dat het leveren van integrale zorg een wissel trekt op het realiseren van efficiëntie en specialisatie in de zorg. In elke zorgketen doet het probleem zich voor dat het verspreiden en integreren van voorzieningen ten koste gaat van de schaalgrootte en clustering van capaciteit, cliënten en expertise, die voor het specialiseren en efficiënt leveren nodig is. Dit is vooral een probleem in de dunbevolkte gebieden. Complexen moeten een bepaald volume hebben om deze 24 uur per dag te kunnen bemensen, om kwaliteit te kunnen bieden en om activiteiten te kunnen organiseren. De zorgketens proberen deze gebieden toch zoveel mogelijk te bedienen met regionale expertisecentra en geïntegreerde clusters, die als uitvalsbasis dienen. Het probleem is hiermee niet helemaal opgelost. Het leveren van bijvoorbeeld thuiszorg en extramurale zorg blijft onrendabel vanwege de niet gefinancierde reistijd.

7.3.2 Het ontwikkelen van coördinatiemechanismen

Voorzieningen zijn noodzakelijk om integrale zorg te realiseren, maar niet afdoende. De ketentrajectvorming gaat tevens gepaard met het ontwikkelen van coördinatiemechanismen om de zorgverlening af te stemmen. Uit de analyse komt naar voren dat Rivas, Carint en Pantein op drie niveaus tot afstemming proberen te komen: het niveau van de zorg, de logistiek en het personeel. Ondanks deze gelijkgerichte strategieën zijn er verschillen (zie tabel 7.2). Rivas heeft een sterke gerichtheid op het afstemmen met multidisciplinaire, signalerende en coördinerende mechanismen. Pantein legt het accent op het uniformeren, centraliseren en standaardiseren van de afstemming. Carint legt zich vooral toe op het centraliseren van de informatie-uitwisseling. In deze paragraaf zal dit worden toegelicht. In iedere subparagraaf wordt voor ieder niveau besproken welke coördinatiemechanismen de zorgketens ontwikkelen, waarom en welke strategieën zij daarmee hanteren.

7.3.2.1 Het ontwikkelen van zorginhoudelijke coördinatiemechanismen

Bij de zorg aan ouderen zijn doorgaans vele professionals betrokken. Het leveren van samenhangende zorg vereist dat de werkzaamheden van deze professionals worden afgestemd.

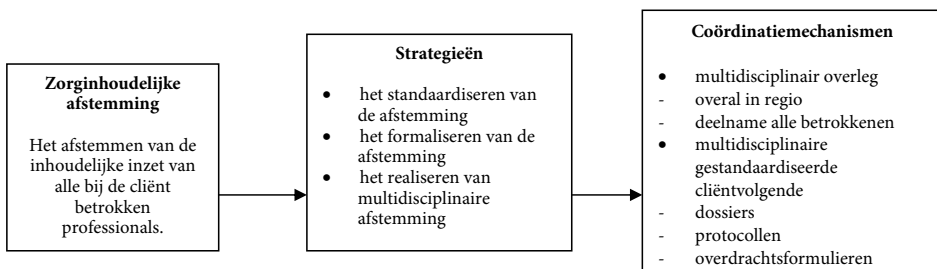
huidige aanbod zorgketens	Rivas	Carint	Pantein
protocollen, formele overleggen	laag	laag	laag
multidisciplinaire mechanismen	hoog	laag	laag
loketten informatie	hoog	zeer hoog	gemiddeld
eenduidige criteria	gering	laag	gemiddeld
coördineren en signaleren	gemiddeld	gering	gering
cliëntvolgendheid	hoog	laag	gering
clustering	laag	laag	gering
taakspecialisatie	gemiddeld	gemiddeld	gemiddeld
gerichtheid ontwikkelen	Rivas	Carint	Pantein
protocollen, formele overleggen	gemiddeld	gemiddeld	hoog
multidisciplinaire mechanismen	hoog	gemiddeld	gemiddeld
loketten informatie	gemiddeld	hoog	hoog
eenduidige criteria	gemiddeld	gemiddeld	hoog
coördineren en signaleren	hoog	gemiddeld	gemiddeld
cliëntvolgendheid	hoog	gemiddeld	hoog
clustering	hoog	laag	hoog
taakspecialisatie	gemiddeld	gemiddeld	gemiddeld

Tabel 7.2. Aanwezige coördinatiemechanismen en gerichtheid bij het ontwikkelen

Rivas, Carint en Pantein ontwikkelen allerlei coördinatiemechanismen om deze zorginhoudelijke afstemming te realiseren. Zij hanteren hierbij twee strategieën: het standaardiseren en formaliseren van de afstemming en het realiseren van multidisciplinaire afstemming (zie figuur 7.2).

Het standaardiseren en formaliseren van de afstemming

De meeste professionals stemmen op dit moment informeel af. Zij bellen elkaar bij vragen of bij het overdragen van cliënten en zij spreken elkaar aan als ze elkaar toevallig treffen. Vooral professionals die niet in dezelfde organisatorische setting werken, stemmen informeel af. De benodigde afstemming groeit sommige professionals boven het hoofd nu het aantal voorzieningen en ouderen met complexe vragen toenemen. Er zijn steeds meer professionals betrokken met wie afgestemd moet worden. Met name thuiszorgmedewerkers constateren dat zij met meer professionals contact moeten onderhouden dan vroeger. Bij Rivas, Carint



Figuur 7.2. De ontwikkeling van zorginhoudelijke coördinatiemechanismen

en Pantein wordt de afstemming geformaliseerd en gestandaardiseerd om te borgen dat de afstemming behapbaar blijft en goed verloopt. In de zorgketens worden protocollen en overdrachtsformulieren gemaakt en formele overlegvormen ingesteld. Een voorbeeld is het halfjaarlijks overleg tussen de thuiszorg en de huisartsen in Delden bij Carint. Pantein legt zich het meeste toe op het maken van protocollen.

Het realiseren van multidisciplinaire afstemming

Het formaliseren en standaardiseren voltrekt zich parallel aan het implementeren van multidisciplinaire coördinatiemechanismen. Rivas, Carint en Pantein leggen zich vooral toe op het ontwikkelen van multidisciplinaire overleggen (MDO-en) en cliëntvolgende dossiers. Multidisciplinair afstemmen wordt nodig geacht om de vraag van cliënten vanuit verschillende professionele gezichtspunten te kunnen benaderen en om de zorg vervolgens samenhangend te kunnen inzetten. Het is de bedoeling dat alle betrokken professionals aan de MDO-en deelnemen en de dossiers gebruiken. In de zorgketens stemmen professionals in de verpleeghuizen en de professionals die verpleeghuiszorg in de verzorgingshuizen leveren reeds multidisciplinair af. In de verpleeghuizen is dit van oudsher het geval. In de verzorgingshuizen hebben professionals uit het verpleeghuis het multidisciplinaire model meegenomen. Hun komst maakte multidisciplinair afstemmen ook noodzakelijk. In de extramurale woningen liggen dossiers waarin betrokken professionals kunnen rapporteren.

Extramuraal en tussen de intra- en extramurale professionals verloopt de ontwikkeling van multidisciplinaire overleggen en dossiers verschillend in de zorgketens. Carint heeft geen van beide en hiervoor ook geen expliciete plannen. Bij Pantein heeft alleen het VTZ-team een multidisciplinair overleg en dossier. Extramurale professionals schuiven ad hoc aan bij overleggen in de verzorgingshuizen om gezamenlijke cliënten in de aanleunwoningen te bespreken. Het ontwikkelen van een multidisciplinair dossier staat als plan voor de toekomst centraal bij Pantein. Bij Rivas zijn multidisciplinaire coördinatiemechanismen het meest tot ontwikkeling gekomen. In enkele regio's zijn extramurale MDO-en aanwezig waaraan intramurale en extramurale professionals deelnemen. Rivas heeft in 2004 voorts een 'cliëntdossier Zorg aan huis' gemaakt waarin alle extramurale professionals en de deelnemers aan de extramurale MDO-en kunnen rapporteren. Voor de toekomst legt Rivas zich toe op het implementeren van het dossier en het opzetten van MDO-en in alle regio's.

De keerzijde van het ontwikkelen van zorginhoudelijke coördinatiemechanismen

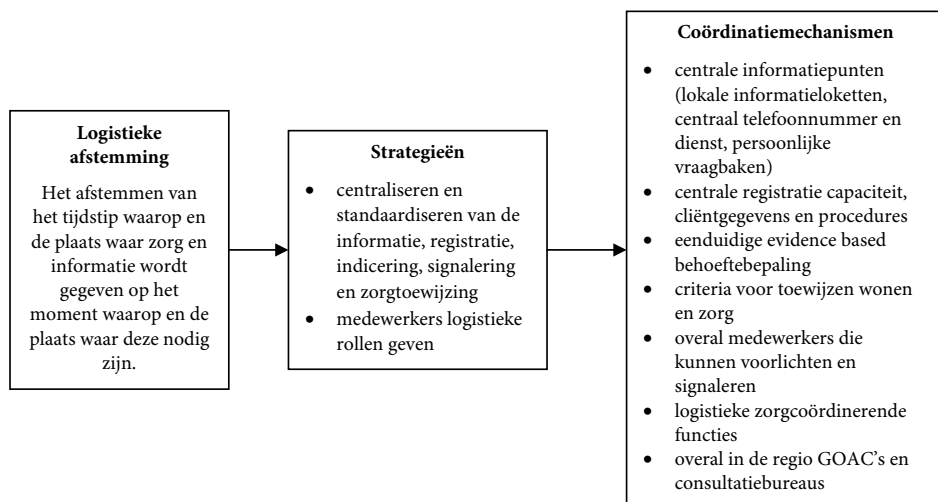
Het formaliseren en standaardiseren van de afstemming en het ontwikkelen van multidisciplinaire coördinatiemechanismen is voor geen van de zorgketens eenvoudig en zaligmakend. Het lukt niet om alle betrokken professionals aan MDO-en te laten deelnemen, in dossiers te laten schrijven en nieuwe overdrachtsformulieren te laten gebruiken. Het ontbreken van een institutionele inbedding is een reden voor de falende afstemming. Professionals zijn veelal op de eigen organisatie of beroepsgroep gericht, waardoor afstemming over professies en organi-

saties heen beperkt is. Zo gebruiken professionals zelden de extramurale dossiers. Zij komen ook niet altijd thuis bij de cliënt, terwijl het dossier daar ligt. Huisartsen, verpleeghuisartsen en paramedici zijn regelmatig afwezig bij de MDO-en in de verzorgingshuizen. Extramuraal komen multidisciplinaire overlegvormen al helemaal moeilijk van de grond. Als deze al bestaan dan zijn vooral huisartsen en eerstelijnsparamedici zelden van de partij. Huisartsen in de regio's van de drie zorgketens stellen dat het niet haalbaar is om naar alle overleggen te gaan. Zij hebben daar de tijd niet voor. Andere professionals geven eveneens aan onvoldoende tijd te hebben. Het is voor hen kiezen tussen de multidisciplinair overleggen en de overleggen binnen de eigen organisatie of met de eigen discipline.

Sommige professionals twijfelen ook aan de toegevoegde waarde van formeel overleg. Zij vinden de huidige informele praktijk, waarbij men elkaar ad hoc opzoekt en eigen dossiers beheert afdoende. Het zou juist de flexibiliteit bieden, die nodig is om goed af te stemmen. De multidisciplinaire overleggen vinden zij inefficiënt, omdat er teveel professionals bij betrokken zijn. Een Rivasmedewerker vertelt bijvoorbeeld over een overleg waar wel 40 mensen aan tafel zitten; van artsen tot klusjesmannen aan toe. Het overleg kost een dag. Andere professionals hechten juist waarde aan de nieuwe overleggen. Het voorkomt dat benodigde expertise niet wordt gebruikt en dat bilateraal afspraken worden gemaakt, die de inzet van een derde doorkruisen. De voorstanders menen tevens dat formeel overleg efficiënter is dan informeel afstemmen. Zij vinden informeel afstemmen, zowel in het zoeken van contact als in het naleven van afspraken, te vrijblijvend. Het kost ook tijd om te bellen, omdat sommige professionals slecht bereikbaar zijn.

7.3.2.2 Het ontwikkelen van logistieke coördinatiemechanismen

De zorgketens besteden veel aandacht aan het verbeteren van de logistiek. Medewerkers noemen de sector ouderenzorg een oerwoud, waarin ouderen door de bomen het bos niet meer zien. Er zijn zoveel instanties waar zorg aangevraagd moet worden. Een medewerker van Rivas geeft als voorbeeld een oudere die een woning met alarmering wenst en met de taxi naar de dagverzorging wil gaan. Deze moet contact opnemen met het indicatieorgaan, de gemeente, een woningcorporatie, de verzekeraar en Rivas. Het oerwoud wordt met de tijd steeds ondoorgroendelijker door de komst van nieuwe voorzieningen. Gevolgen zijn dat ouderen voor de verkeerde deur staan, meermaals worden doorverwezen, niet over alle mogelijkheden geïnformeerd worden en onnodig moeten wachten. Medewerkers zeggen ook zelf de weg kwijt te raken in het logistieke oerwoud. De zorgketens ontwikkelen drie typen logistieke coördinatiemechanismen om te borgen dat ouderen de gewenste informatie en zorg op de juiste plaats en het juiste moment krijgen: centrale informatie- en registratiepunten, eenduidige criteria voor behoeftebepaling en zorgtoewijzing en signalerende en coördinerende rollen. De strategie is om de versnippering en discontinuïteit bij het informeren, registreren, indiceren, signaleren en toewijzen tegen te gaan door te centraliseren, standaardiseren en medewerkers logistieke rollen te geven (zie figuur 7.3)



Figuur 7.3. De ontwikkeling van logistieke coördinatiemechanismen

Van versnipperde naar geïntegreerde informatie en registratie

Rivas, Carint en Pantein gaan de versnipperde praktijk tegen door centrale informatie- en registratiepunten op te zetten en medewerkers een vraagbaakfunctie te geven. Rivas en Carint hebben op dit moment een voorsprong. In bijna alle gemeenten zijn loketten aanwezig, waar ouderen terecht kunnen voor voorlichting en het regelen van kleine dingen (bijvoorbeeld aanmelden voor een welzijnsactiviteit). Beide zorgketens hebben daarnaast een centrale telefonische dienst, waar medewerkers informatie geven, het CIZ inschakelen en kleine zaken regelen voor ouderen. Bij Rivas is dit de Zorglijn en bij Carint de Meld & Zorgcentrale. De centrales beheren ook de wachtlijsten voor de thuiszorg. Verschil tussen de zorgketens is dat ouderen bij Carint voor informatie bij woonzorgconsulenten in de woonzorgcomplexen terecht kunnen, terwijl Rivas geen persoonlijke aanspreekpunten in de complexen heeft. Rivas heeft in tegenstelling tot Carint een Plaatsingscommissie, die de intramurale wachtlijsten en toewijzing van plaatsen regelt. Pantein heeft evenals Rivas een Plaatsingscommissie voor intramurale plaatsing en evenals Carint persoonlijke aanspreekpunten (steunpuntcoördinatoren in de steunpunten). Pantein heeft echter minder loketten opgezet en geen centrale telefonische dienst.

De gerichtheid op het ontwikkelen van deze logistieke mechanismen verschilt per zorgketen. Rivas is vooral gericht op het consolideren en uitbouwen van de bestaande mechanismen. Medewerkers van de Zorglijn gaan in de toekomst alle wachtlijsten en capaciteit bijhouden en meer zaken voor ouderen regelen. Het opzetten van loketten wordt doorgezet. Carint gaat de hele logistiek rondom informeren, registreren en zorgtoewijzing vernieuwen. Carint richt zich hiertoe op het realiseren van 'multi-channeling'. Dit betekent dat Carint telefonisch (Meld & Zorgcentrale), digitaal (via Internet) en fysiek (via loketten en medewerkers) bereikbaar wil zijn. Alles zal gecoördineerd worden geregeld, ongeacht hoe een cliënt binnenkomt. Carint

ontwerpt hiertoe een Cliënt-Relatie-Managementsysteem (CRM), voorraad- en planningssystemen en systemen waarin alle procedures beschreven zijn. Het CRM bevat van alle cliënten de persoonsgegevens en gegevens over de zorgvraag en ontvangen zorg. Die informatie kan direct worden ingezien als een oudere zich meldt bij de Meld & Zorgcentrale of bij een loket. Uit de systemen is direct opvraagbaar welke voorzieningen bij de vraag passen (menukaart), of deze beschikbaar zijn (voorraad en planning) en welke procedures ingezet moeten worden. Pantein gaat eveneens sterk innoveren om het gebrek aan mechanismen op te heffen. Een model met een 'back office call center' en 'front office lokale coördinatoren' in de woonclusters staat daarbij centraal. Het call center wordt de centrale telefonische dienst, die de twee andere zorgketens reeds hebben. Lokaal worden informatieloketten opgezet met lokale coördinatoren om cliënten persoonlijk te kunnen voorlichten. Zij krijgen als taak: 'vraagbaak, het als ouderenadviseur verduidelijken van de vraag, het vertalen daarvan in een concreet arrangement van wonen, welzijn en/of zorg, mogelijk het organiseren van deze arrangementen en het monitoren van de uitvoering' (Notitie woonzorgconcepten, 2004).

Van variatie naar eenheid in behoeftebepaling en zorgtoewijzing

Goede informatieverstrekking en registratiesystemen zijn niet genoeg om ouderen de juiste zorg op het juiste moment te geven. Het is tegelijk van belang dat ouderen de juiste indicatie en zorg toegewezen krijgen. Volgens medewerkers wordt de continuïteit in de ketentrajecten nu belemmerd door onjuiste indicaties, het wachten op indicaties en onduidelijke zorgtoewijzingsprocedures. Rivas, Carint en Pantein kunnen slechts in de marge activiteiten ontplooiën om het indicatieproces en de zorgtoewijzing te verbeteren. De bevoegdheden om te indiceren en zorg toe te wijzen liggen bij het CIZ en het zorgkantoor. In alledrie de zorgketens wordt een pleidooi gehouden voor een meer gestandaardiseerde evidence based behoeftebepaling en betere criteria om zorg toe te wijzen. Rivas, maar vooral Pantein stellen deze gestandaardiseerde criteria en procedures zelf op, voor zover zij hierin vrij zijn. Pantein heeft bijvoorbeeld 'één uniform, objectief en transparant systeem voor het indiceren en toewijzen van woningen'. Met labels wordt aangeduid voor welke vraag een woning geschikt is (Notitie woonzorgconcepten, 2004). Inhuizingsconsulenten van Pantein Wonen borgen dat de labels worden gebruikt. Rivas en Pantein hebben beide plaatsingscommissies die op basis van eigen criteria vrijgekomen plaatsen in intramurale instellingen toewijzen aan wachtenden.

Van ad hoc en niet structureel reageren naar continu signaleren en coördineren

Het informeren, indiceren en inzetten van zorg is gegeven de voortschrijdende vraag van ouderen geen eenmalige activiteit. In de zorgketens werd tot voor kort ad hoc op een veranderende vraag gereageerd. Eén van de betrokken professionals attendeerde de oudere, een collega of het CIZ op de verandering. Geen professional had expliciet deze taak. Om wel continu op de voortschrijdende vraag te kunnen inspelen, gaat het ontwikkelen van het ketentraject bij de zorgketens gepaard met het toewijzen van signalerende en coördinerende rollen. Vooral eerst verantwoordelijke verpleegkundigen (evv-ers) krijgen deze rollen.

De focus op het realiseren van coördinerende en signalerende rollen is bij Rivas het grootst. Bij Rivas hebben de indicatieadviseurs een trajectbegeleidende taak gekregen. Zij monitoren de oudere gedurende de wachtperiode en zij regelen eventuele herindicaties. Rivas heeft voorts een consultatiebureau en een Geriatriesch Observatie en Adviescentrum (GOAC) opgezet. Op het consultatiebureau worden ouderen door wijkverpleegkundigen onderzocht, doorverwezen en voorgelicht. De mogelijkheden om te signaleren en te monitoren ontstaan, doordat ouderen voor controle terugkomen. In het GOAC neemt de verpleeghuisarts een soortgelijke rol op zich. Voor de toekomst beoogt Rivas meer consultatiebureaus en GOAC's op te zetten. Verpleeghuisartsen zijn daarnaast extramuraal sterk betrokken bij het coördineren van zorg. Bij Carint en Pantein wordt het coördineren en signaleren vooral verbonden aan de hierboven beschreven mechanismen. Het CRM moet bij Carint tot coördinatie leiden. Bij Pantein worden de lokale coördinatoren de spil in het web. De inhuizingsconsulenten in Hengelo hebben nu als enige een casemanagementtaak bij Carint. Zij kunnen worden ingeschakeld om een cliëntsituatie te bekijken en de benodigde zorg te regelen. Bij Pantein nemen de steunpuntcoördinatoren nu deze taak op zich. Ouderen, die zorg krijgen van het VTZ-team, hebben daarbij een casemanager.

Signaleren en coördineren is niet eenvoudig. De professionals met deze rol zien niet alle ouderen en zij hebben niet altijd kennis over alle voorzieningen en vaardigheden om goed te signaleren en coördineren. De casemanagers van Pantein komen bijvoorbeeld alleen bij ouderen die in het VTZ-project zitten en de inhuizingsconsulenten van Carint opereren alleen in Hengelo. Alleen in de verpleeghuizen is er geen probleem, omdat het verpleeghuis volgens een Rivasmedewerker 'onparlementair gesteld het laatste station is.' Alle voorzieningen zijn in het verpleeghuis aanwezig en de evv-ers en de verpleeghuisarts stemmen van oudsher met de andere disciplines af. Evv-ers in het verzorgingshuis hebben daarentegen vaak niet de kennis om verpleeghuisproblematiek te signaleren.

De ontwikkeling loopt extramuraal echter het meest moeizaam, omdat er geen natuurlijke coördinerende partij is en professionals niet in elkaars nabijheid verkeren. Volgens medewerkers heeft geen enkele professional afdoende kennis om goed te signaleren en coördineren. In de drie zorgketens bestaat ook onenigheid over wie deze rollen op zich moet nemen. Moet dit de huisarts zijn, de evv-ers van de thuiszorg, de indicatieadviseurs of de maatschappelijk werkers in de verpleeghuizen? Sommige medewerkers pleiten voor het integreren van deze rollen in bestaande functies om te vermijden dat er een nieuwe functionaris komt met wie extra moet worden afgestemd. Een Carintgroepdirecteur stelt dat iedere organisatie tegenwoordig een casemanager heeft, terwijl er al zoveel coördinerende functies zijn. Een stafmedewerker van Pantein stelt hierover: 'Je moet juist niet allerlei nieuwe verbindingsofficieren willen hebben, maar zorgen dat mensen dat met zo min mogelijk structuur zo goed mogelijk doen.' In de drie zorgketens wordt daarom vooral ingezet op het kundig maken van medewerkers in het coördineren en signaleren.

7.3.2.3 Het ontwikkelen van personele coördinatiemechanismen

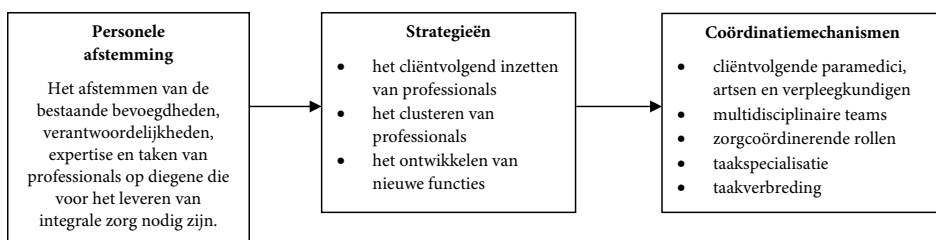
Het ontwikkelen van voorzieningen en voornoemde coördinatiemechanismen laat de functieprofielen van professionals niet onaantast. Rivas, Carint en Pantein ontwikkelen personele coördinatiemechanismen om te zorgen dat er altijd professionals aanwezig zijn met de benodigde expertise, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en taken. Zij richten zich hierbij op drie strategieën: het cliëntvolgend inzetten van professionals, het clusteren van professionals en het ontwikkelen van nieuwe functies (zie figuur 7.4).

Het cliëntvolgend inzetten van professionals

Professionals cliëntvolgend inzetten is een manier om te zorgen dat professionals waar nodig aanwezig zijn. Verzorgenden van de verzorgingshuizen, verpleeghuisartsen en paramedici van de verpleeghuizen zijn extramuraal werkzaamheden gaan verrichten om extramurale zorg te kunnen geven. De verpleeghuisartsen en paramedici gaan naar verzorgingshuizen om aldaar verpleeghuiszorg te leveren. Medewerkers van de SWO gaan naar verzorgingshuizen en complexen om welzijnsactiviteiten te organiseren. Het cliëntvolgend inzetten van professionals wordt in de drie zorgketens steeds verder doorgezet om de gewenste spreiding van voorzieningen te realiseren. De mate van cliëntvolgendheid gaat daarom hand in hand met de ontwikkeling van extramurale zorg en verpleeghuiszorg in de verzorgingshuizen en welzijnsvoorzieningen in complexen en verzorgingshuizen. Bij Carint gaan thuiszorgmedewerkers daarbij naar het verpleeghuis om specialistische verpleegkundige zorg te verlenen.

Het cliëntvolgend inzetten van professionals plaatst de drie zorgketens voor enkele nieuwe uitdagingen. Het stelt ten eerste nieuwe eisen aan de afstemming. Thuiszorg- en verzorgingshuismedewerkers moeten nu ineens met elkaar afstemmen wie, wat, wanneer doet voor de cliënten in de woningen. Het komt voor dat een medewerker van het verzorgingshuis zorg komt geven, terwijl een thuiszorgmedewerker even later hetzelfde komt doen. Soms komen beide professionals zelfs tegelijk bij de oudere.

Het cliëntvolgend inzetten van professionals roept ten tweede vragen op over de grenzen van ieders taken en verantwoordelijkheden. Een stafmedewerker van Pantein vertelt bijvoorbeeld dat door de extramuralisering van verpleeghuisartsen 'er een probleem ligt met de afbakening van



Figuur 7.4. De ontwikkeling van personele coördinatiemechanismen

taken en bevoegdheden tussen de huisarts en verpleeghuisarts. Waar begint de verantwoordelijkheid van de één en waar neemt de ander het over?’

Het cliëntvolgend werken trekt tenslotte een wissel op de gewenste efficiëntie. Een verpleeghuisarts van Pantein stelt bijvoorbeeld veel tijd kwijt te zijn met reizen. Organisaties hanteren, volgens een paramedicus bij Pantein, doorgaans ook verschillende procedures en werkwijzen. Het kost tijd om zich deze eigen te maken en over te schakelen. Met het formaliseren en standaardiseren van de zorg wordt getracht dit afstemmingsvraagstuk te overbruggen. Deze integratie stelt echter tegelijkertijd nieuwe eisen aan het verspreiden en geaccepteerd krijgen van de werkwijzen en procedures. Verpleeghuismedewerkers van Carint zijn tenslotte bang dat het multidisciplinair werken onder druk komt te staan, omdat de verpleeghuisartsen en paramedici vaak afwezig zijn.

Het clusteren van professionals

Rivas, Carint en Pantein clusteren professionals in multidisciplinaire teams om te borgen dat expertise samenhangend wordt ingezet en professionals gezamenlijk verantwoordelijk worden voor de zorg. Professionals in de verpleeghuizen en op de verpleegunits werken van oudsher in multidisciplinaire teams samen. Op het VTZ-team van Pantein na, zijn elders in geen enkele zorgketen multidisciplinaire teams. Ook in de thuiszorg heeft iedere discipline een eigen team. Alleen Pantein en Rivas zijn erop gericht teams te formeren, waarin medewerkers van de thuiszorg en intramurale instellingen met elkaar samenwerken. Carint ziet hiervan af. Daar is ervaren dat teamvorming tot versnippering en gebrek aan vakinhoudelijke verdieping leidt. Paradoxaal is dat de andere zorgketens gelijksoortige ervaringen hebben. Zo zijn de hometeams in het verleden opgeheven, vanwege de daarmee gepaard gaande versnippering en werkdruk. Dit weerhoudt Rivas en Pantein er niet van om opnieuw teams te formeren.

Het ontwikkelen van nieuwe functies

Rivas, Carint en Pantein ontwikkelen tenslotte integratiebevorderende taken en functies. Taken worden verbreed en gespecialiseerd om te borgen dat ouderen de benodigde zorg door zo min mogelijke medewerkers en met zoveel mogelijk continuïteit krijgen. Het specialiseren van taken heeft tot doel lacunes in de zorg te dichten en zorg van hoge kwaliteit te leveren. In de thuiszorg is het al jaren de trend om medewerkers naar thuiszorgniveau op te splitsen en om gespecialiseerde verpleegkundigen op te leiden. Verzorgenden in de verzorgingshuizen en eerstelijns paramedici specialiseren zich voorts in specifieke ouderenproblematiek.

Het specialiseren van medewerkers gaat ook door. Niet al het verzorgingshuispersoneel heeft reeds afdoende verpleeghuisexpertise. Ook ervaart men een gebrek aan expertise om extra-muraal met dementiële problemen om te gaan. Bij Pantein en Carint wordt voorts gewezen op een gebrek aan verpleegkundigen in het verpleeghuis. Een verpleeghuisarts van Pantein zegt hierover: ‘Er komt steeds complexere zorg in het verpleeghuis en wat we zien is dat er steeds minder

verpleegkundigen komen en steeds meer verzorgenden, waardoor je met minder deskundige mensen komt te werken, terwijl je ingewikkeldere en moeilijker zorg moet verlenen'. Op al deze fronten worden acties ondernomen door medewerkers te scholen en door nieuwe specialistische functies te ontwikkelen, zoals een dementieverpleegkundige (Rivas) of praktijkverpleegkundigen in verpleeghuizen, die taken van de verpleeghuisartsen overnemen (Carint) of door afdelingen voor ouderen met gedragsproblemen op te zetten waar gespecialiseerde professionals werken (Pantein). Het specialiseren heeft echter als keerzijde dat het leidt tot differentiatie en nieuwe afstemmingsvraagstukken. Extramuraal is de druk op de afstemming het grootst, doordat ieder thuiszorgniveau een beperkt aantal handelingen mag uitvoeren, steeds meer professionals uit verzorgings- en verpleeghuizen extramuraal werken en de specialisatie onder verpleegkundigen toeneemt.

Rivas, Carint en Pantein trachtten de problemen met die differentiatie te overbruggen door taken te verbreden. Dit houdt in dat medewerkers taken op zich nemen, die vroeger door anderen werden verricht. Vooral thuiszorgmedewerkers nemen steeds meer taken op zich, die normaliter door lagere niveaus worden uitgevoerd. Ook maatschappelijk werkers zien hun takenpakket groeien. Zij regelen, naast het geven van psychosociale begeleiding, de opname en ontslagtrajecten. Taakverbreding gaat echter vaak ten koste van de initiële taken van professionals. Een directeur van Carint bespreekt bijvoorbeeld dat de psychosociale begeleiding onder druk komt te staan door de logistieke taak van de maatschappelijk werkers.

Rivas, Carint en Pantein ontwikkelen ook zorgcoördinerende rollen om de differentiatie te overbruggen. Het verschil met genoemde logistieke coördinerende rollen is een analytische en gebaseerd op een door medewerkers benoemd onderscheid in taken. Een logistieke coördinator is iemand die zorgt dat alle gegevens over een cliënt, diens zorggebruik, de capaciteit en het type aanbod bekend zijn. Ook zet deze procedures in gang om de zorg te kunnen inzetten. De medewerkers van de Cliëntenservice van Carint zijn logistieke coördinatoren in de meest pure betekenis. Een zorgcoördinator is een professional, die de inhoudelijke inzet coördineert door problemen te signaleren, te kanaliseren en met anderen te bespreken. De zorgcoördinator maakt veelal gebruik van de logistieke coördinator om de zorg te organiseren. Beide coördinatiefuncties kunnen ook door één persoon worden uitgevoerd. De evv-ers, casemanagers, inhuizingsconsulenten en steunpuntcoördinatoren hebben deze dubbele rol, maar zij coördineren alleen de zorg in hun voorziening. In de drie zorgketen worden professionals gemist, die de taak en verantwoordelijkheid hebben om de zorg over het hele traject heen te coördineren. Zoals reeds gesteld is het echter een vraag wie deze rol op zich moet nemen.

7.4 Gelijksortigheid of verscheidenheid in de ketentrajectontwikkeling

Rivas, Carint en Pantein ontwikkelen tegelijkertijd meerdere ketentrajecten. In deze paragraaf staat centraal wat dit betekent voor de zorgketens. Zien zij zich bij ieder ketentraject voor

andere uitdagingen geplaatst? En hoe zit het met de samenhang tussen ketentrajecten? De ontwikkeling van CVA-ketentrajecten is onderzocht en vergeleken met die van de ketentrajecten WZWO om hierin inzicht te krijgen. In paragraaf 7.4.1 wordt de wijze waarop de ontwikkeling van voorzieningen verloopt vergeleken. Paragraaf 7.4.2 bevat een vergelijking van de ontwikkeling van coördinatiemechanismen. In paragraaf 7.4.3 wordt tot slot de samenhang tussen de ketentrajecten belicht.

7.4.1 Het ontwikkelen van voorzieningen voor het CVA-ketentraject

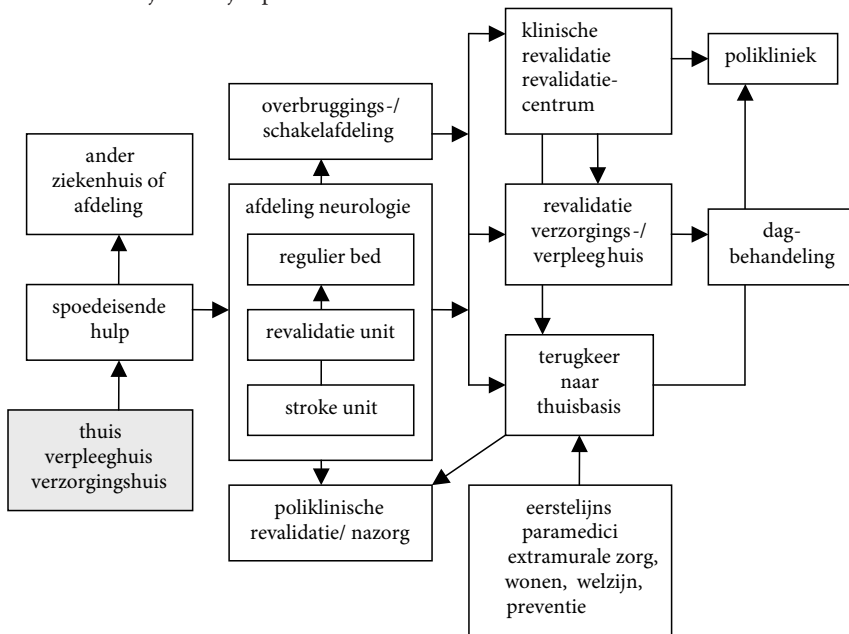
De ontwikkeling van voorzieningen voor het CVA-ketentraject vertoont overeenkomsten en verschillen met die van de ketentrajecten WZWO (zie tabel 7.3). Het soort voorzieningen verschilt (uiteraard) deels, maar de strategieën zijn op één na bijna gelijk. Voor de CVA-ketentrajecten worden eveneens voorzieningen ontwikkeld en geïntegreerd om aan te sluiten bij de inhoud, omvang en plaats van de vraag. Een aanvullende strategie is om voorzieningen te ontwikkelen, waardoor de doorstroom verbetert. De uitstroom uit het ziekenhuis staat daarbij centraal. De ziekenhuizen hebben door de toename aan CVA-patiënten (in combinatie met de beddenreductie) te kampen met een stagnerende uitstroom van medisch uitbehandelde patiënten. De ziekenhuizen zijn niet toegesneden op intensieve revalidatie en chronische zorg en zij hebben een verkeerd bedprobleem. Vele voorzieningen worden ontwikkeld om patiënten in het ziekenhuis integrale zorg te kunnen geven of om patiënten buiten het ziekenhuis te kunnen laten revalideren. Het perspectief van waaruit het ketentraject wordt opgezet verschilt daardoor van die van de ketentrajecten WZWO. Bij het ketentraject WZWO stellen de zorgketens de plaats waar een oudere verblijft centraal. Bij het CVA-traject staan daarentegen de fasen van het ziekteproces centraal en daarmee de plaats waarheen een patiënt kan doorstromen. De drie zorgketens onderscheiden daartoe de acute fase, de revalidatiefase en de chronische fase (zie kader).

De ontwikkeling van CVA-ketentrajecten is daarnaast door twee krachtige impulsen beïnvloed. De eerste is het besef dat herstel na een CVA mogelijk was. Een huisarts vertelt dat patiënten onder het motto ‘time is brain’ sindsdien vaker worden opgenomen en gerevalideerd. Het realiseren van een goede doorstroom en revalidatievoorzieningen is daarmee nog belangrijker geworden. De grote aandacht voor CVA in de medische wereld is de tweede impuls. Voor CVA-patiënten zijn allerlei richtlijnen en protocollen opgesteld. De zorgketens ontwikkelen allerlei voorzieningen om aan te kunnen sluiten bij de nieuwe professionele standaarden. Zij brengen hun positie in het veld in gevaar als zij dit niet doen.

Met het doel om de doorstroom te bevorderen, aan te sluiten bij de vraag en professionele standaarden en samenhang te bewerkstelligen ontwikkelen de zorgketens meer specifiek stroke units, trombolysen, revalidatieunits in verpleeghuizen en revalidatiecentra, nazorg- en revalidatiepoliklinieken in ziekenhuizen en revalidatiecentra en overbruggingsafdelingen

Het CVA-ketentraject

De **acute fase** loopt van het moment dat een patiënt getroffen wordt door een CVA tot het ontslagmoment in het ziekenhuis. Een CVA-patiënt gaat, na consultatie met de huisarts of verpleeghuisarts, via de spoedeisende hulp naar een stroke unit voor acute zorg en revalidatie. Vanaf de stroke unit gaan patiënten naar één van de bedden op de afdeling neurologie. Sommige patiënten komen te overlijden. Patiënten, die medisch uitbehandeld zijn, worden ontslagen. Voor hen begint de **revalidatiefase**. In deze fase wordt een CVA-patiënt intensief gerevalideerd. Patiënten, die terug naar huis gaan, revalideren extramuraal of poliklinisch in het ziekenhuis. Patiënten revalideren in een revalidatiecentrum, verpleeghuis en bij Rivas ook in een verzorgingshuis als zij nog niet naar huis kunnen. Ouderen verblijven soms eerst een tijd op een overbruggingsafdeling in het ziekenhuis. Deze patiënten revalideren na ontslag verder op de dagbehandeling van een verpleeghuis, de poliklinieken van revalidatiecentra of ziekenhuizen of bij eerstelijns paramedici.



Patiënten komen daarmee in de **chronische fase**. Zij gaan naar huis, naar een verzorgingshuis of verpleeghuis als zij daar vandaan kwamen en als terugkeer naar huis niet meer mogelijk is. In de chronische fase is alle zorg gericht op de resterende CVA-problematiek. Het kan gaan om thuiszorg, medische zorg en revalidatie om tot functieherstel te komen of de herwonnen functies te behouden. Ook alle extramuraal producten en diensten uit het ketentraject WZWO staan ouderen met een CVA ter beschikking. Verschil is dat de thuiszorg gespecialiseerde CVA-verpleegkundigen heeft en vaker gespecialiseerde gezinsverzorging inzet. In de chronische fase krijgen CVA-patiënten tevens psychosociale begeleiding om verergering van lichamelijke en welzijnsklachten voorkomen. Hier zijn de nazorgpoliklinieken voor bedoeld.

in ziekenhuizen. De mate waarin zij dit doen, verschilt echter. Bij Pantein is nog weinig tot ontwikkeling gekomen. Alleen verpleeghuis Madeleine heeft een CVA-unit waar CVA-patiënten kunnen revalideren. Plannen voor een overbruggingsafdeling en stroke unit in het

Maasziekenhuis zijn nog in ontwikkeling. Bij Rivas is het CVA-ketentraject sterk tot ontwikkeling gekomen. Het ziekenhuis heeft een stroke-unit, een overbruggingsafdeling en een revalidatiepolikliniek. De verpleeghuizen van Rivas hebben alle CVA-units en zelfs in het verzorgingshuis Sint Clara van Rivas is een CVA-unit aanwezig. Carint heeft een CVA-unit in verpleeghuis Sint Elisabeth en nazorgverpleegkundigen. Verschil tussen Carint en de andere zorgketens is dat Carint geen ziekenhuis in haar concern heeft. Het ziekenhuis in de regio van Carint, het Streekziekenhuis Midden-Twente (SMT), heeft in vergelijking met de ziekenhuizen van Rivas en Pantein echter de meeste voorzieningen voor CVA-patiënten. Het SMT doet aan trombolysen en het heeft een stroke unit, een revalidatieunit, een overbruggingsafdeling en een nazorg- en revalidatiepolikliniek. Alle voorzieningen zijn op de nazorgpolikliniek na in samenwerking met de verpleeghuizen van Trivium en de revalidatiecentra opgezet.

7.4.2 Het ontwikkelen van coördinatiemechanismen in het CVA-ketentraject

Voor de CVA-ketentrajecten worden grotendeels dezelfde coördinatiemechanismen ontwikkeld als voor de ketentrajecten WZWO. Het belang dat aan bepaalde mechanismen wordt gehecht en de invulling ervan verschilt soms, doordat de aard van de zorg anders is. Een CVA is in tegenstelling tot de problemen van ouderen een acute, deels behandelbare en primair medische aandoening, die vraagt om opname in een ziekenhuis en het snel laten doorstromen van patiënten om optimaal te kunnen revalideren. Gegeven deze aard is het snel, uniform, multidisciplinair en met continuïteit behandelen van groter belang dan in het ketentraject WZWO. De overeenkomsten en verschillen in coördinatiemechanismen, waar deze gerichtheid toe leidt, zijn hieronder beschreven (zie tabel 7.3).

Zorginhoudelijke afstemming in het CVA-ketentraject

Het standaardiseren en formaliseren van de afstemming en het realiseren van multidisciplinariteit krijgen in het CVA-ketentraject een zwaarder accent. De nadruk op standaardisatie en formalisatie vloeit voort uit de gewenste snelheid en continuïteit in behandelbeleid. Bij Rivas en Carint wordt dit opgepakt door standaard persoonlijk langs te komen bij overdrachten. Bij Rivas gaat een verpleegkundige uit het ziekenhuis met de patiënt mee naar de CVA-unit om over te dragen. Bij Carint gaat een verpleegkundige mee om de zorg aan de thuiszorg over te dragen. Het is daarbij vanzelfsprekend dat paramedici en verpleegkundigen telefonisch overdragen. De schriftelijke afstemming wordt voorts gestandaardiseerd met formuleren en protocollen. Een transferverpleegkundige zegt hierover: 'Er wordt toenemend met protocollen gewerkt, zodat iedereen eenduidig een lijn volgt en je een sluitend geheel krijgt en de ene niet dit en de ander dat doet. Ze zijn ook goed voor de helderheid, voor elkaar aanspreken op dingen'. Het gaat hierbij niet zozeer om inhoudelijke protocollen, maar om organisatorische protocollen, waarin beschreven is welke professional op welk moment en op welke wijze betrokken moet worden. Doel van de protocollen is om de organisatie van de activiteiten over het gehele ketentraject heen te stroomlijnen. Nu hebben alleen de ziekenhuizen en revalidatiecentra organisatorische protocollen.

Ontwikkeling	Verschillen CVA in vergelijking met WZWO
voorzieningen	<ul style="list-style-type: none"> • ziekenhuis en revalidatiecentra ook bij ontwikkeling betrokken • aansluiten bij nieuwe professionele standaarden als impuls
zorginhoudelijke coördinatie-mechanismen	<ul style="list-style-type: none"> • multidisciplinariteit, standaardisatie en formalisatie van groter belang en meer ontwikkeld • afstemmen door persoonlijk langskomen als extra mechanisme
logistieke coördinatie-mechanismen	Extra mechanismen: <ul style="list-style-type: none"> • instroom- en uitstroomcriteria • transferrollen/ -punten • voorrangssystemen
personele coördinatie-mechanismen	<ul style="list-style-type: none"> • multidisciplinaire teams meer ontwikkeld • extra mechanismen: eenduidig behandelbeleid en clustering patiënten • cliëntvolgend is ook meegaan met patiënt naar vervolgschakel

Tabel 7.3. Extra en andersoortige ontwikkeling bij CVA-ketentraject

De multidisciplinaire aard van de zorg aan CVA-patiënten maakt dat er meer aandacht is voor het invoeren van multidisciplinaire overleggen (MDO-en) en dossiers. In alle organisaties zijn MDO-en. Opvallend is dat de betrokken professionals in het CVA-ketentraject daaraan wel zoveel mogelijk deelnemen. Ook als zij in een andere setting werkzaam zijn. In het ziekenhuis neemt altijd een revalidatiearts deel. In het SMT (keten Carint) is tevens een verpleeghuisarts van Trivium aanwezig. Bij Rivas neemt deze tijdelijk geen deel en bij Pantein is deelname van een verpleeghuisarts nog niet aan de orde (zie volgende hoofdstukken). De zorgketens hebben daarnaast ketentrajectoverstijgende CVA-werkgroepen, alwaar professionals uit alle betrokken organisaties bespreken hoe zij de CVA-zorg kunnen verbeteren. Het zijn echter tijdelijke overleggen. De extramurale MDO-en zijn tenslotte dezelfde als die in het ketentraject WZWO. Daar schitteren professionals wel eveneens door afwezigheid.

Rivas, Carint en Pantein hebben multidisciplinaire dossiers. De bedoeling is dat deze cliëntvolgend worden ingezet. Binnen Rivas en bij overplaatsing van het SMT naar een voorziening van Trivium is dit reeds het geval.

Logistieke afstemming in het CVA-ketentraject

De centrale informatie- en registratiepunten, eenduidige criteria voor indicatie en zorgtoewijzing en signalerende en coördinerende rollen worden niet alleen voor het ketentraject WZWO ontwikkeld, maar algemeen voor alle ketentrajecten. Een CVA-patiënt heeft daar voornamelijk in de chronische fase baat bij. CVA-patiënten maken in deze fase gebruik van de voorzieningen in de ketentrajecten WZWO.

Voor de acute en revalidatiefase ontwikkelen de zorgketens alledrie extra mechanismen om de doorstroom van CVA-patiënten te optimaliseren. Instroom- en uitstroomcriteria vormen een eerste groep mechanismen. Professionals bepalen op basis hiervan waar een patiënt naartoe gaat. In de acute fase beoordelen huisartsen en verpleeghuisartsen daarmee of een patiënt

naar het ziekenhuis gaat. In de gehele acute en revalidatiefase wordt vervolgens in de MDO-en op basis van deze criteria besloten over het vervolgtraject van een CVA-patiënt. De beslissing van het MDO in het ziekenhuis neemt daarin een essentiële positie. In de beslissing moeten niet alleen de instroomcriteria, maar ook de uitstroomcriteria van de instellingen worden meegenomen. Zo kunnen patiënten niet naar een revalidatiecentrum of CVA-unit in een verpleeghuis als terugkeer naar huis daarna niet mogelijk is. Meerdere medewerkers menen dat altijd een huisarts, revalidatiearts en een verpleeghuisarts aan de MDO-en zouden moeten deelnemen om deze beslissing goed te kunnen maken. Zij kunnen het beste beoordelen of een patiënt naar huis, het revalidatiecentrum of het verpleeghuis kan. Huisartsen zijn echter in geen enkel MDO vertegenwoordigd en verpleeghuisartsen nemen nooit deel aan de MDO-en van de revalidatiecentra. Alleen in het SMT (keten Carint) neemt een verpleeghuisarts deel aan het MDO in het ziekenhuis.

De zorgketens ontwikkelen ook transferrollen (liaison- of transferverpleegkundigen) in de ziekenhuizen om het indicatie- en zorgtoewijzingsproces te versnellen. Medewerkers van het CIZ nemen deze rol op zich. Zij starten het indicatietraject zodra bekend is waar een patiënt naartoe kan uitstromen en zij regelen de zorg. Om hun transferrol goed te kunnen vervullen, nemen zij deel aan het MDO. Rivas en Pantein hebben tenslotte voorrangssystemen geïmplementeerd om de doorstroom van patiënten uit het ziekenhuis nog meer te bespoedigen. Dit systeem behelst dat ouderen in het ziekenhuis voorrang krijgen op extramuraal verblijvende ouderen bij het toewijzen van plaatsen in een verzorgingshuis of verpleeghuis.

Personele afstemming in het CVA-ketentraject

Voor het CVA-ketentraject worden meer personele mechanismen ontwikkeld dan voor het ketentraject WZWO. Het cliëntvolgend inzetten van professionals is allereerst eveneens een middel om de aanwezigheid van expertise te borgen. Cliëntvolgendheid betekent in het CVA-ketentraject echter ook dat professionals echt meegaan met de cliënt naar een vervolgvoorziening om de continuïteit in behandelbeleid te borgen. Bij Carint wordt het meest cliëntvolgend gewerkt. In het ziekenhuis zijn een revalidatiearts en verpleeghuisarts komen werken. Vanuit het ziekenhuis volgen neurologen, paramedici en verpleegkundigen de cliënten. De neurologen komen voor controle naar verpleeghuis Sint Elisabeth. Paramedici behandelen patiënten die naar huis gaan en verpleegkundigen helpen de thuiszorg de eerste dag met de zorg. Verschil met Carint is dat bij Rivas niet de neuroloog, maar de revalidatieartsen naar het verpleeghuis komen en verpleegkundigen niet naar de thuiszorg gaan. Bij Pantein is nauwelijks van cliëntvolgendheid sprake. Alleen een revalidatiearts is in het ziekenhuis komen werken.

Professionals worden ten tweede vaker in teams bijeengebracht dan in het ketentraject WZWO. Patiënten worden daarbij op CVA-units geclusterd. De vorming van teams en de clustering van patiënten gaan hand in hand. De units hebben een multidisciplinair team om de continuïteit en multidisciplinariteit van de zorg te borgen. Rivas en Carint hebben overal

waar CVA-patiënten worden behandeld units en teams. Pantein heeft alleen in verpleeghuis Madeleine een unit en team. In het ziekenhuis liggen patiënten verspreid over de afdeling.

Het ontwikkelen van het CVA-ketentraject gaat in tegenstelling tot het ketentraject WZWO gepaard met het opstellen van uniforme behandelwijzen. Deze uniformiteit is belangrijk voor de continuïteit. Medewerkers weten wat een collega heeft gedaan en zij zetten de behandeling op dezelfde wijze voort. Het behandelen volgens NDT (Neuro Development Treatment) is als methode leidraad geworden. Uniformiteit wordt echter alleen bereikt als alle disciplines de behandelmethode gebruiken. In de drie zorgketens wordt dan ook sterk ingezet op het scholen van medewerkers in NDT. De mate waarin verschilt. Rivas en Carint scholen thuiszorgmedewerkers en medewerkers van de verpleeghuizen in NDT. Bij Carint lukt dit slecht bij de medewerkers van Trivium. Pantein schoolt de medewerkers in het ziekenhuis en het verpleeghuis, maar geen thuiszorgmedewerkers.

Het verbreden en specialiseren van taken en het toewijzen van coördinerende rollen zijn ook mechanismen in de CVA-ketentrajecten. De ontwikkeling ervan vindt vooral plaats onder thuiszorgmedewerkers en paramedici bij Carint en Rivas. Bij Carint ligt het accent op het specialiseren van thuiszorgmedewerkers. Enkele van hen zijn nazorgverpleegkundigen geworden. Zij hebben de taak om de zorg in de eerste lijn te coördineren en psychosociale zorg te verlenen. Bij Rivas wordt veel aandacht besteed aan het specialiseren van eerstelijns fysiotherapeuten in NDT. Hiertoe is een CVA-netwerk opgericht. In de thuiszorg is bij Rivas een CVA-aandachtsvelder aangesteld om te coördineren, om psychosociale hulp te verlenen en om andere thuiszorgmedewerkers te scholen. Pantein heeft een CVA-coördinator in het ziekenhuis om de zorg aan CVA-patiënten in goede banen te leiden. Deze vorm van coördinatie is nodig, omdat patiënten, zoals gesteld, over de afdeling verspreid zijn. De thuiszorg in de regio van Pantein heeft een CVA-thuiszorgcoördinator.

7.4.3 Interferentie tussen ketentrajecten

De ontwikkelingen in de ketentrajecten beïnvloeden elkaar wederzijds. Soms is de invloed positief. Vele coördinatiemechanismen kunnen voor beide ketentrajecten worden ingezet. Te denken valt aan de multidisciplinaire dossiers en de centrale informatie- en registratiepunten. Het ketentraject WZWO ligt ten tweede in het verlengde van het CVA-ketentraject. Alles wat voor ketentrajecten WZWO wordt ontwikkeld bevordert ook het realiseren van integrale zorg in de chronische fase in de CVA-ketentrajecten.

Ontwikkelingen interfereren echter ook met elkaar. Zo zijn veranderingen in de ketentrajecten WZWO van invloed op de uitstroom van CVA-patiënten en veranderingen in de CVA-ketentrajecten andersom van invloed op de instroom in het ketentraject WZWO. De aard en omvang van de zorg in het ketentraject WZWO wordt daardoor beïnvloed. In de drie zorg-

ketens doet zich vooral het probleem voor dat het aan capaciteit ontbreekt om beide trajecten naar behoren te laten verlopen. Het toewijzen van zorg en bedden aan CVA-patiënten gaat ten koste van de zorg aan ouderen met psychogeriatrische en somatische problematiek. Het ontwikkelen van CVA-units in verpleeghuizen trekt bijvoorbeeld een wissel op de reguliere bedden in de verpleeghuizen. Het realiseren van kleinschalige geïntegreerde woonclusters belemmert de specialisatie van zorg aan CVA-patiënten. Rivas, Carint en Pantein richten zich ook daarom op het behoud van enkele grootschalige expertisecentra.

Professionals die in beide ketentrajecten werken ervaren het meest de consequenties van de meervoudige trajectontwikkeling. Zij moeten zich meermaals nieuwe handelwijzen eigen maken. In de drie zorgketens spreken medewerkers over een zekere ‘verandermoeheid’. Er komt steeds weer iets nieuws bij, bovenop wat er al is. De ontwikkelingen in beide ketentrajecten worden onderling soms niet afgestemd. Dit heeft voor professionals tot gevolg dat zij aan meerdere teams en MDO-en moeten deelnemen, meerdere dossiers moeten bijhouden, verschillende procedures moeten hanteren en met een veelheid aan nieuwe functionarissen de afstemming moeten regelen. Zij ervaren vooral het organiseren van teams, het specialiseren van taken en het cliëntvolgend werken als problematisch. Zelfs coördinerende functies krijgen met CVA-coördinatoren een specialistisch karakter. Het leidt zowel in de directe zorgverlening als in de logistiek tot problemen. Men weet niet meer wie men moet hebben, men moet met zeer velen contacten onderhouden en integrale expertise ontbreekt door de specialisatie. Het afstemmen tussen de ketentrajecten wordt daarom door sommigen nodig geacht. Zo stelt een verpleegkundige bij Carint: ‘Differentiatie en specialisatie is een goede zaak. Je kunt specifieke informatie bieden. Aan de andere kant zijn bepaalde ziekten allemaal chronische ziekten waarbij mensen hetzelfde traject doorlopen. De wijze waarop je het traject stroomlijnt kan dezelfde zijn. Naast specialisatie is die stroomlijning dus ook van belang’. Bij Rivas is echter gebleken dat het specifieke karakter van iedere cliëntengroep het moeilijk maakt om die afstemming te realiseren. Differentiatie in voorzieningen en mechanismen bleek juist nodig te zijn om integrale zorg aan alle cliëntengroepen te kunnen leveren. Afstemmen leidt veelal tot een compromis en daarmee tot een suboptimale oplossing voor beide ketentrajecten.

7.5 Ketentrajectontwikkelingen en concernvorming

Het doel van de zorgketens om integrale zorg te realiseren roept de vraag op hoe de concernvorming en ketentrajectontwikkeling elkaar beïnvloeden. De concernstructuren en de samenstelling van de zorgketens blijken daarbij van belang te zijn.

De structuren van het concern

De ontwikkeling van de concernstructuren en die van de ketentrajecten beïnvloeden elkaar wederzijds. In hoofdstuk 6 is besproken dat een integrale ordening, integraal management en het decentraliseren van beleid en ondersteuning de betere randvoorwaarden bieden voor

het realiseren van integrale zorg. Managers en professionals hebben binnen deze structuren meer ruimte en mogelijkheden om zelf het integrale aanbod te bepalen en om slagvaardig aan te sluiten op de regionale vraag. Samenwerking met elkaar en met andere zorgaanbieders is binnen deze structuren eveneens makkelijker te realiseren.

Deze relatie tussen de concernstructuren en ketentrajectstructuren wordt deels bevestigd. Pantein heeft een sterk centralistische en functioneel geordende structuur. De ketentrajecten zijn bij Pantein in mindere mate (en het CVA-ketraject het minst) tot ontwikkeling gekomen. Pantein is bezig met een grote inhaalslag. Bij het ontwikkelen van coördinatiemechanismen blijft de gerichtheid van Pantein op centralisatie echter zichtbaar. Uniformeren, formaliseren en standaardiseren staan als strategieën (in vergelijking met de andere twee zorgketens) het meest centraal bij Pantein. Rivas heeft de meest ontwikkelde ketentrajecten en de grootste gerichtheid op het leggen van dwarsverbanden tussen professionals. Het realiseren van multidisciplinaire afstemming, vormen van clustering, coördinerende rollen en het cliëntvolgend inzetten van professionals staan bij Rivas het meest centraal. Dit sluit aan bij de decentrale en integrale concernstructuren. Carint, die eveneens voor een integrale structuur als configuratie heeft gekozen, heeft echter minder ontwikkelde ketentrajecten dan Rivas. De gerichtheid op het realiseren van samenhang tussen voorzieningen is groot, maar die op het leggen van verbindingen tussen professionals niet. Multichanneling en het daarbij behorende CRM staan vrij centraal. De gerichtheid op multidisciplinaire overleggen en teams is minimaal. In hoofdstuk 10 wordt deze gerichtheid vanuit een cultuurcomponent verklaard.

Rivas, Carint en Pantein lopen bij het ontwikkelen van hun ketentrajecten echter allen tegen het probleem op dat integrale structuren gepaard gaan met differentiatie in voorzieningen en coördinatiemechanismen en gebrek aan stroomlijning van de ketentrajecten. Professionals en managers in de integrale eenheden ontwikkelen deels verschillende ketentrajecten voor hun regio. Dit belemmert de ontwikkeling van naadloze ketentrajecten door de zorgketens heen en de afstemming tussen ketentrajecten. Medewerkers van de concernonderdelen die niet regionaal georganiseerd zijn (bijvoorbeeld het ziekenhuis) moeten zich aanpassen aan de wisselende eisen uit de regio's. Daarbij is enige eenheid nodig om te kunnen standaardiseren en protocolleren en om bijvoorbeeld centrale loketten op te zetten. De wens om voorzieningen regionaal toegankelijk te maken vraagt eveneens om enige uniformiteit in geleverd aanbod. De centralistische en functionele structuren, waarbinnen het eenheidsstreven beter haalbaar is, bieden echter minder goede voorwaarden voor het realiseren van integrale zorg.

Rivas, Carint en Pantein gaan met deze paradox om door ontwikkelingen, die om eenheid vragen, centralistisch aan te sturen en ontwikkelingen die om differentiatie vragen over te laten aan professionals en decentrale managers. Grote projecten worden bij alledrie centraal aangestuurd door managers van gecentraliseerde onderdelen of projectleiders. De richting van de ketentrajectvorming wordt in het centrale beleid omschreven. De 'details' en de ont-

wikkelingen die niet noodzakelijkerwijs om een gemeenschappelijk handelen vragen, mogen decentraal worden uitgewerkt. Plannen aangaande de bouw van woningen en woonzorgboulevard en het verbeteren van de doorstroom uit het ziekenhuis staan bij Pantein bijvoorbeeld in de centrale beleidskaders. De clustermanagers ontwikkelen op deze punten in ieder cluster hetzelfde. Binnen de clusters worden daarnaast eigen plannen gemaakt over zaken die niet centraal geregeld zijn, zoals het opzetten van dagbehandeling in Norbertushof. Bij Carint zijn het Masterplan Wonen, multichanneling, het Carint Keuzemenu en de transformatie verpleeghuiszorg leidraad bij het vormgeven van de ketentrajecten in de Carintgroepen. Deze beleidslijnen worden vanuit Carint Wonen, de sector Huisvesting en Facilitaire zaken, de Carintgroep Innovaties en de Carintgroep Cliëntenservice aangestuurd. In de Carintgroepen wordt daarnaast decentraal aan andere vernieuwingen gewerkt, zoals het organiseren van welzijnsactiviteiten voor ouderen in Delden of het scholen van medewerkers in PG-problematiek in Hengelo.

Het moet nog blijken of deze oplossing op termijn afdoende is en hoeveel invloed de concern-structuur op de ketentrajectontwikkeling heeft en vise versa. De zorgketens bevinden zich, zoals in hoofdstuk 6 gesteld, nog in de fase waarin zij de management-, ondersteunings- en beleidsstructuren op de ketentrajecten aan het stroomlijnen zijn. Het ontwikkelen van de ketentrajecten is tegelijkertijd volop aan de gang. In de toekomst zal duidelijker worden hoe de ontwikkeling van concern- en ketentrajectstructuren op elkaar ingrijpen.

De samenstelling van de zorgketens

De samenstelling blijkt invloed te hebben op de voorzieningen en keuzes voor de toekomst. De afwezigheid van thuiszorg in het concern van Pantein is een reden voor het ontbreken van een centraal telefonisch aanmeldloket, woonondersteunende diensten en eigen welzijnspakketten. Rivas en Carint hebben deze voorzieningen wel. De Zorglijn, de Meld- en Zorgcentrale en de diensten van de Gezondheidsservices van Carint en Rivas komen van de thuiszorgorganisaties van de twee zorgketens.

Het in eigendom hebben van woningen lijkt gepaard te gaan met een aandacht voor wonen. Rivas heeft geen woningen in eigen bezit en de minst geëxpliciteerde plannen voor het realiseren van een woningaanbod. Carint heeft wel woningen in bezit en een grote gerichtheid op het realiseren van een gedifferentieerd aanbod. Pantein heeft zelfs een woningcorporatie in haar concern. Het accent op wonen is hier nog zwaarder dan bij de andere twee. Pantein heeft het grootste aanbod aan woningen, de meest expliciete plannen om woningen te bouwen en de meest fysieke integratiestrategie. Carint heeft echter weer SWO in haar concern. Het welzijnsaanbod en de aanwezigheid van loketten in gemeenten is daarom het grootst bij Carint. Het verbeteren van het welzijnsaanbod en het integreren van welzijn met wonen en zorg is echter een even groot aandachtspunt als bij Pantein. Het vergroten van de leefbaarheid in de regio is zelfs een beleidspeiler bij Pantein. Rivas is minder expliciet gericht op welzijn.

Rivas en Pantein hebben tenslotte een ziekenhuis in hun concern. De voorzieningen voor het CVA-ketentraject worden bij beiden met de eigen verpleeghuizen ontwikkeld en beide concerns hebben voorrangssystemen om de doorstroom uit het ziekenhuis te bevorderen. Het belangrijkste onderscheid tussen Rivas en Pantein is dat de voorzieningen voor het CVA-ketentraject zeer sterk bij Rivas tot ontwikkeling zijn gekomen, maar nauwelijks bij Pantein. Ondanks dat beiden alle organisaties in hun concern verenigen. Carint heeft geen ziekenhuis in haar concern. De voorzieningen worden daar niet met Carint, maar met Trivium ontwikkeld. De historie van de concernontwikkelingen speelt daarin een rol. Trivium heeft in het verleden van een fusie tot Carint afgezien, omdat Trivium een gemedicaliseerde visie op zorg had en Carint een maatschappelijke. Carint is zich gaan richten op het realiseren van voorzieningen waar welzijn, wonen en zorg geïntegreerd werden aangeboden. Trivium heeft zich toegelegd op het leggen van verbindingen met de cure. De samenwerking van SMT met Trivium is logisch gegeven deze verschillen in gerichtheid. Het verschil in fase van ontwikkeling van de CVA-ketentrajecten bij Rivas en Pantein is te begrijpen als naar de samenwerkingsgeschiedenis tussen de ziekenhuizen en V&V wordt gekeken. Het ziekenhuis en de V&V-instellingen werken bij Rivas veel langer samen dan bij Pantein. Bij Rivas zijn begin jaren '90 samenwerkingsprojecten gestart. De overbruggingsafdeling is al in 1995 opgezet. Het Beatrixziekenhuis en de verpleeghuizen zijn zelfs sinds 1996 met elkaar gefuseerd. Een dergelijke fusie heeft bij Pantein pas zes jaren later plaatsgevonden. De samenwerking was daarvoor slechts mondjesmaat aanwezig. Het ziekenhuis was meer gericht op samenwerking met andere ziekenhuizen in de regio.

Rivas, Carint en Pantein zijn bij het ontwikkelen van ketentrajecten tenslotte altijd afhankelijk van het beleid en de bereidheid van de zorgaanbieders die niet onder hun concern ressorteren.

Tot besluit

In de hoofdstukken 6 en 7 zijn de structuren besproken, die Rivas, Carint en Pantein ontwikkelen. Het ontwikkelen wordt gekenmerkt door structurele integratieprocessen in te zetten. Zij leggen zich toe op het realiseren van afstemming binnen en tussen het management, de ondersteuning en de primaire processen. De integratie is echter niet eindeloos door te voeren. In hoofdstuk 6 is besproken dat integratie tot fragmentatie leidt. Voor de ketentrajecten geldt hetzelfde. Het realiseren van afstemming met voorzieningen en coördinatiemechanismen leidt tot fragmentatie en nieuwe integratievraagstukken. Niet alleen binnen een ketentraject, maar ook tussen ketentrajecten. Bij het ontwikkelen voltrekken zich zowel structurele integratie- als structurele fragmentatieprocessen (zie tabel 7.4). Het integreren wordt voorts begrensd door gebrek aan financiële armslag, wetten en regels en de samenstelling van het concern. De ontwikkeling van structuren voltrekt zich bij de zorgketens verschillend vanwege deze begrenzingen en fragmenterende invloeden. De mogelijkheden die zij daardoor hebben verschillen en zij maken daarbij verschillende keuzes.

Processen van structurele integratie en fragmentatie		
Processen waarbij de afstemming tussen taken, functies en werkzaamheden van organisaties en beroepsbeoefenaren in de zorgketen wordt gerealiseerd en doorbroken.		
deelprocessen	dimensies	invulling
Processen van horizontale integratie en fragmentatie van concernstructuren: Het realiseren en doorbreken van stroomlijning tussen <u>dezelfde</u> processen en structuren in verschillende organisaties van de zorgketen.	managementstructuur	<ul style="list-style-type: none"> • aansturen functionele of geïntegreerde eenheden • functioneel of integraal management • centralisatie of decentralisatie hiërarchische, functionele, operationele en budgettaire bevoegdheden
	ondersteuningsstructuur	<ul style="list-style-type: none"> • centralisatie of decentralisatie ondersteuning • standaardaanbod of pakketdifferentiatie • gedwongen winkelpering of uitbesteding
	primaire processtructuur	ordenen naar divisies of geografische eenheden
Processen van integratie en fragmentatie van voorzieningen: Het realiseren of doorbreken van de afstemming tussen de integrale vraag en het integrale aanbod.	beleidsstructuur	centrale kaders of decentrale vrijheid
	<ul style="list-style-type: none"> • kwantiteit, inhoud en plaats aanbod • fysieke en virtuele samenhang 	allerlei woon-, zorg-, welzijn-, revalidatie- en behandelvoorzieningen (welke is afhankelijk van cliëntgroep)
Processen van zorginhoudelijke integratie en fragmentatie: Het realiseren en doorbreken van de afstemming van de inhoudelijke inzet van alle bij de cliënt betrokken professionals.	zorginhoud <ul style="list-style-type: none"> • standaardisatie • formalisatie • multidisciplinariteit 	monodisciplinaire en multidisciplinaire <ul style="list-style-type: none"> • overleggen • dossiers • overdrachtsformulieren • protocollen
Processen van logistieke integratie en fragmentatie: Het realiseren en doorbreken van de afstemming van het tijdstip en de plaats waarop zorg en informatie worden gegeven op het moment en de plaats waarop deze nodig zijn.	zorglogistiek <ul style="list-style-type: none"> • centraliseren en standaardiseren informatie, registratie, indicering, signalering en zorgtoewijzing • logistieke rollen 	<ul style="list-style-type: none"> • centrale en decentrale informatie- en registratiepunten • eenduidige en gedifferentieerde criteria • voorrangssystemen • nieuwe of in huidige functies ingebodde signalerende, logistiek coördinerende en transferrollen
Processen van personele integratie en fragmentatie: Het realiseren en doorbreken van de afstemming van de bestaande bevoegdheden, verantwoordelijkheden, expertise en taken van professionals op diegene die voor het leveren van integrale zorg nodig zijn.	zorgpersoneel <ul style="list-style-type: none"> • cliëntvolgendheid • clustering van cliënten en personeel • nieuwe functies 	<ul style="list-style-type: none"> • professionals met vaste standplaats en cliëntvolgende • mono- en multidisciplinaire teams • zorgcoördinerende rol, taakverbreding en -specialisatie • gespecialiseerde afdelingen of spreiding cliënten • eenduidige en gedifferentieerde behandelmethoden

Tabel 7.4. Processen van structurele integratie en fragmentatie

De grenzen aan het structureel integreren en de structuurverschillen zijn echter niet alleen een gevolg van deze structuurgerelateerde redenen. De structuurontwikkelingen worden ook door de betrokken actoren beïnvloed. In de volgende hoofdstukken wordt het perspectief op de structuren verruimd voor een perspectief op de handelende actoren om deze invloed te belichten.

Belangen bij de ontwikkeling van zorgketens

8.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven dat Rivas, Carint en Pantein gelijksoortige doelen nastreven, maar niet altijd dezelfde structuren ontwikkelen om die doelen te behalen. De verschillen zijn toegeschreven aan de prioriteit die aan doelen wordt gegeven en de samenstelling van het concern. De verschillen worden echter tevens veroorzaakt door de invloed die actoren uitoefenen op de ontwikkelingen. In de hoofdstukken 3 en 4 is besproken dat de belangen en culturen van actoren en de sociale verhoudingen tussen hen hierbij een rol spelen. Deze aspecten staan in de komende drie hoofdstukken centraal. De wijze waarop structuurontwikkelingen verlopen wordt in de hoofdstukken 9 en 10 respectievelijk vanuit een perspectief op de sociale verhoudingen en culturen gezien. In dit hoofdstuk wordt belicht hoe actoren gegeven hun belangen invloed uitoefenen. Als actoren worden professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten onderscheiden.

In dit hoofdstuk wordt betoogd dat professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten doorgaans ambivalent tegenover structuurontwikkelingen staan. Zij hebben gegeven hun belangen redenen om hieraan wel en niet bij te dragen. In de cases blijkt enige consensus te bestaan dat actoren structuren ontwikkelen als zij de belangen van de zorgketen voorop stellen. Het wordt daarom van belang geacht dat zich parallel aan de ontwikkeling van structuren een proces voltrekt, waarbij actoren de belangen van de zorgketen gaan delen en hun macht en middelen gaan inzetten voor de zorgketen. Dit hoofdstuk laat zien dat dit niet realistisch en genoeg is. Actoren handelen tevens op basis van de strijdigheid en verenigbaarheid van hun belangen, percepties van interdependenties en invloeden uit de omgeving.

Het hoofdstuk bestaat uit een empirisch en conceptueel deel. In het empirische deel wordt een rondgang gemaakt langs de betrokken actoren. In paragraaf 8.2 staan de actoren centraal die betrokken zijn bij de ketentrajecten WZWO. Paragraaf 8.3 handelt over de actoren die de CVA-ketentrajecten ontwikkelen. In paragraaf 8.4 komen de actoren aan de orde die de concernstructuren ontwikkelen. In iedere paragraaf wordt beschreven welke belangen, macht en middelen de betrokken actoren hebben en hoe zij met het oog daarop handelen. Het con-

ceptuele deel bevat een beschrijving van de patronen in de invloed van de belangen, macht en middelen, die in de empirie te herkennen zijn. In paragraaf 8.5 worden meer specifiek voornoemde handelspatronen besproken. Het hoofdstuk sluit in paragraaf 8.6 met een conclusie af.

Eén opmerking is vooraf op zijn plaats. In de bespreking wordt aangesloten bij het gebruik van respondenten om over organisaties te spreken als ware zij actoren. Daardoor wordt soms over organisaties gesproken zonder aan te geven welke professionals, managers of ondersteuners binnen deze organisaties de handelende actoren zijn.

8.2 Geboeid door wonen, zorg en welzijn voor ouderen

Het ontwikkelen van ketentrajecten WZWO is geen eenvoudige opgave voor Rivas, Carint en Pantein. Zij hebben hierbij rekening te houden met de belangen van actoren uit vele organisaties. Niet alle actoren zijn in dienst van de zorgketens. In deze paragraaf wordt besproken hoe de ontwikkeling van de ketentrajecten WZWO binnen dit web aan interne en externe actoren verloopt. Welke belangen staan voor actoren op het spel? Hoe handelen zij op basis daarvan? Maakt het iets uit of zij wel of niet in dienst zijn bij Rivas, Carint of Pantein? Verandert hun handelen in de tijd? Deze vragen worden beantwoord door de belangrijkste actoren de revue te laten passeren. De rondgang begint bij de thuiszorg en verzorgingshuizen.

8.2.1 Het delen of verdedigen van het thuiszorg- en verzorgingshuisdomein

De thuiszorg en verzorgingshuizen hebben een belangrijke rol in de ketentrajecten WZWO van Rivas, Carint en Pantein. Zonder deze organisaties komen geïntegreerde voorzieningen, dagverzorging, extramurale zorg, multidisciplinaire teams, dossiers en overleggen niet tot stand. De ontwikkeling hiervan verschilt per zorgketen, omdat de samenwerking tussen de thuiszorg en verzorgingshuizen, die hiervoor nodig is, in de tijd en naar zorgketen wisselend van de grond komt.

De thuiszorg en verzorgingshuizen blijken lange tijd autonoom en welhaast onafhankelijk van elkaar te hebben gefunctioneerd. Beide hadden een eigen doelgroep en financiering. Zij hadden alleen iets met elkaar te maken als cliënten werden overgedragen. Het samenwerken rondom de zorg aan ouderen was een hele omslag voor beide organisaties. Het betekende voor de thuiszorg zelfs dat het de verzorgingshuizen op het thuiszorgdomein moest toelaten. Toch gingen beide organisaties in het begin samenwerken rondom bijvoorbeeld extramurale zorg en dagvoorzieningen. De thuiszorg kon daarmee de werkdruk verminderen, die was ontstaan door de vergrijzing en de snellere uitstroom van patiënten uit het ziekenhuis. De verzorgingshuizen hadden een financieel belang. Zij kregen gelden voor extramurale zorg en dagvoorzieningen. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg aan ouderen was voor beide

een impuls om gezamenlijk voorzieningen te ontwikkelen. Een thuiszorgmedewerker in de keten van Pantein herinnert zich deze tijd nog goed: ‘We gingen samen woonzorgzones inrichten waarin we samen teams gingen neerzetten, samen zorg delen. Zover waren we al met elkaar vanuit een bepaald ideaal: samen de zorg bieden. De klant is van ons samen. Wij hebben kwaliteiten, jullie hebben kwaliteiten en we zorgen dat het naadloos op elkaar schuift.’

De samenwerking kwam echter na een tijd zowel bij Rivas, Carint als Pantein onder druk te staan. Alles ging goed totdat de wachtlijsten slonken en delen van de intramurale budgetten in extramurale werden omgezet. De thuiszorg en de verzorgingshuizen gingen steeds meer op het extramurale domein met elkaar concurreren om het hoofd financieel boven water te houden. Het extramurale domein veranderende langzaam van een veld vol samenwerking tot een veld waarop de thuiszorg en de verzorgingshuizen hun belangen uitvochten.

In dubio over samenwerking en concurrentie: Pantein

De samenwerking is met de tijd bij Pantein dermate onder druk komen te staan, dat de geplande fusie met de thuiszorg geen doorgang vond. Het gezamenlijk doorontwikkelen van het ketentraject is lastig geworden nu de thuiszorg en de verzorgingshuizen niet onder één concern ressorteren. Pantein zit in een spagaat tussen het belang om de cliënt goed te bedienen en het belang om het eigen bedrijf financieel gezond houden. Het is beter voor de cliënt als Pantein en de thuiszorg samen optrekken op het extramurale domein. Voor Pantein is het echter beter om dit zonder de thuiszorg te doen, omdat productiegelden niet gedeeld worden. De thuiszorg ervaart hetzelfde: ‘Het maakt dat iedereen naar zijn eigen tokootje teruggefloten wordt en zich gaat bezinnen van wat betekent dit nu voor ons en dat het je eigenlijk onmogelijk wordt gemaakt om samen te werken (medewerker van STBNO)’. De spagaat waarin Pantein zich bevindt leidt in de praktijk tot een mix aan samenwerking en concurrentie. Pantein zoekt enerzijds naar samenwerking om woonzorgzones en integrale teams op te zetten. Anderzijds concurreert Pantein met de thuiszorg op het extramurale domein. Volgens een medewerker van STBNO komt Pantein hierdoor met een dubbele boodschap: ‘We gaan niet concurreren wordt op hoog niveau gezegd en er wordt ook gezegd: je moet proberen tegen al die klanten van de thuiszorg te zeggen dat Pantein het ook biedt’.

De concurrentie heeft de samenwerking tussen beide nochtans niet helemaal lamgelegd. Medewerkers van Pantein en de thuiszorg delen in sommige woningen de zorgdossiers en zij overleggen over de zorg aan gezamenlijke cliënten. De samenwerking gaat door het ontbreken van formele banden echter niet verder dan dit. Hierin gaat verandering komen. De thuiszorg en Pantein zijn, ondanks de concurrentie, altijd het ideaal blijven delen om samen integrale zorg te leveren. Sinds kort wordt weer naar een formeel samenwerkingsconstruct gezocht om dit ideaal te realiseren. De verwachting is dat de huidige conflicterende belangen daarmee zullen verdwijnen. Is deze verwachting echter juist? De thuiszorg is bij Rivas en Carint wel onderdeel van de zorgketens. Hoe gaat het daar?

In fusie domeinen beslechten: Carint en Rivas

De strijd, die de thuiszorg en Pantein voeren, is binnen Carint inderdaad niet te vinden. Een Carintgroepdirecteur vertelt dat ‘de fusie de concurrentie om zeep heeft geholpen’ en een lid van de Raad van Bestuur zegt hierover: ‘Er liggen geen organisatorische grenzen meer. Er is in dat opzicht ook geen strijd. Want wat je aan de één gunt ben je binnen Carintverband niet kwijt’. Het ontbreken van concurrentie betekent bij Carint echter niet dat de thuiszorg en de verzorgingshuizen samen producten, diensten en mechanismen ontwikkelen. Het omgekeerde is eerder het geval. Er is geen strijd, omdat de fusie heeft verhinderd dat verzorgingshuizen zich op het thuiszorgterrein zijn gaan begeven. Of zoals twee zorgmanagers thuiszorg het verwoorden: ‘Bij ons zijn er niet zoveel domeinstrijden, omdat het nog niet aan de orde is’, ‘het verzorgingshuis levert geen extramurale zorg en de verwachting is dat dat ook niet zal gebeuren’. Helemaal concurrentievrij is Carint daarmee niet. Carint beheert wel de thuiszorg, maar niet alle verzorgingshuizen in de regio. De spanning tussen de thuiszorg en die verzorgingshuizen, begint in sommige Carintgroepen hoog op te lopen, omdat men daar wel op elkaars terrein zit. De verwachting is dat deze concurrentie intern zal opblazen als de thuiszorg en verzorgingshuizen van Carint meer gaan samenwerken.

Bij Rivas is deze combinatie van interne en externe concurrentie reeds aanwezig. De verzorgingshuizen van Rivas leveren wel extramurale zorg. De thuiszorg ervaart alle verzorgingshuizen als concurrenten, ongeacht of deze wel of niet onder Rivas ressorteren. De relatie naar de eigen huizen is zelfs zwaarder verstoord. Sommige thuiszorgmedewerkers kunnen naar eigen zeggen wel begrijpen dat externe partijen domeinexpansie tot beleid hebben bestempeld. Het is daarentegen onacceptabel voor hen, dat de eigen Rivashuizen het thuiszorgdomein zijn gaan claimen. Het kost de thuiszorg productie. De financiële belangen van het verzorgingshuis zouden niet ten koste mogen gaan van die van de thuiszorg.

Anderen delen deze gedachte niet. Zij vinden dat alle productie als een gezamenlijke Rivaswinst moet worden gezien, ongeacht of deze door de thuiszorg of de verzorgingshuizen is gegenereerd. Het extramuraal optreden van de verzorgingshuizen is volgens deze medewerkers ook geen kwestie van brutaal ‘landjepik’. De verzorgingshuizen worden door het extramuraliseringsbeleid van concurrerende huizen en de omzetting van intramurale budgetten in extramurale gedwongen om diensten extern aan te bieden. Het star vasthouden aan het intramurale domein zou de doodsteek voor de verzorgingshuizen zijn. Het leveren van extramurale zorg zal daarom doorgang vinden. Ook al heeft de onderlinge strijd als neveneffect dat de ontwikkeling van andere delen van het ketentraject tevens bemoeilijkt wordt. In Gorinchem loopt bijvoorbeeld een project om integrale teams te ontwikkelen. De thuiszorg- en verzorgingshuismedewerkers staan echter niet te trappelen om in teams met elkaar samen te werken.

Domeinconsensus zonder domeinoverlap

Het formaliseren van de samenwerking blijkt bij Rivas en Carint dus niet helemaal op te leveren waar Pantein op hoopt. Rivas en Carint blijven verstrengeld in een externe concurrentiestrijd. Domeinen worden ook intern verdedigd, waardoor ontwikkelingen niet altijd doorgang vinden en conflicten oplaaien. Het formaliseren van de samenwerking lijkt niet zozeer van invloed te zijn, maar de mate waarin de organisaties zich wederzijds afhankelijk voelen om hun belangen te behartigen. Het ontwikkelen van delen van de ketentrajecten bleek immers geen probleem te zijn toen de thuiszorg en verzorgingshuizen daarmee allebei hun belangen konden versterken. En bij Pantein lukt het bijvoorbeeld wel om dossiers te maken en te delen, als beide organisaties deze nodig hebben. De animositeit treedt op als organisaties dezelfde zorg leveren. De thuiszorg heeft de verzorgingshuizen niet nodig om extramurale zorg te verlenen. Zo stelt een Carintgroepdirecteur: 'Wij kunnen gewoon ieder in onze eigen rol blijven zitten. Waarom zou je vanuit het verzorgingshuis naar buiten lopen als je buiten al mensen hebt?'

Het belang van wederzijdse afhankelijkheid wordt bevestigd als naar de ontwikkeling van extramurale verpleeghuiszorg wordt gekeken. Daar blijkt de thuiszorg niets op tegen te hebben. Het wordt zelfs toegejuicht dat verpleeghuisartsen en paramedici extramuraal opereren. Zij verlenen zorg, die de thuiszorg niet kan leveren. Zonder domeinoverlap blijkt het dus prima mogelijk om samen te werken op het extramurale domein.

8.2.2 Het beste medicijn voor ouderen

De thuiszorg mag de komst van de verpleeghuisartsen op het extramurale domein weliswaar omarmen, maar zij zijn niet de enige ontvangende partij. Ook huisartsen krijgen met verpleeghuisartsen te maken. Zij komen de verpleeghuisartsen daarbij tegen in de verzorgingshuizen door de ontwikkeling van verpleeghuiszorg in die huizen. Beide domeinen waarop huisartsen vroeger het alleenrecht hadden. Het ontwikkelen van de ketentrajecten vraagt omgekeerd van de verpleeghuisartsen dat zij buiten het verpleeghuis en met nieuwe professionals moeten werken. In onze cases staan niet alle huisartsen en verpleeghuisartsen even open voor al deze veranderingen. Gebrek aan zeggenschap van Rivas, Carint en Pantein over de huisartsen begrenst daarbij ontwikkelingen.

Leiding en begeleiding van verpleeghuisartsen

Bij Rivas hebben de verpleeghuisartsen het voortouw genomen in de ontwikkeling van het ketentraject. Het realiseren van integrale zorg is voor hen de belangrijkste impuls geweest om zich hiervoor in te zetten. Een tweede reden was dat zij aan status konden winnen door zich op nieuwe domeinen te profileren. Ketenproducten van het verpleeghuis zijn door deze motieven bij Rivas (in vergelijking met Carint en Pantein) het meest aanwezig. Extramurale MDO-en, zorgcoördinerende functies, consulterende huisbezoeken en GOAC's zijn hiervan slechts enkele voorbeelden. De verpleeghuisartsen organiseren zichzelf ook zodanig dat zij

door iedereen ingeschakeld kunnen worden en acte de présence kunnen geven bij intramurale en extramurale MDO-en.

De verpleeghuisartsen van Carint en Pantein worden minder gedreven door het realiseren van integrale zorg en het verhogen van hun status. Daar zijn managers doorgaans de initiatoren. Sommige verpleeghuisartsen zijn zelfs terughoudend. Zij zien op tegen de werkdruk, die met het extramuraal opereren toeneemt. Zo stelt een verpleeghuisarts bij Pantein: 'We hebben net zoveel mensen in als buiten het verpleeghuis wonen, dus dat betekent een gigantische hoeveelheid werk. Bovendien zit je met avond- en weekenddiensten en bereikbaarheid. Dat moet je allemaal regelen als wij de zorg gaan overnemen. Het kost meer tijd. Dat kan niet in de uren die er nu voor staan'.

De verpleeghuisartsen in alledrie de zorgketens hebben wel gemeenschappelijk dat zij het als een probleem ervaren dat zij gedeeltelijk medisch verantwoordelijk zijn, maar niet de besluitvormende autonomie hebben die daarbij hoort. Deze blijft bij de huisartsen. De verpleeghuisartsen zouden de regie over cliënten liefst zelf voeren. Zij zetten zich daarvoor zelfs in. Bij Rivas is het in Leerdam al gelukt om huisartsen hun cliënten in de verzorgingshuizen te laten overdragen aan de verpleeghuisartsen. Carint heeft in Goor hetzelfde weten te bewerkstelligen.

Strijdige inbreng van huisartsen

De huisartsen ontvangen de verpleeghuisartsen met gemengde gevoelens. Sommige huisartsen zijn positief. Verpleeghuisartsen brengen expertise in die zij niet hebben. Daarbij staat de tijd, die het zorgen voor ouderen kost, niet altijd in verhouding tot de geboekte resultaten en gegenereerde inkomsten. Deze huisartsen staan daarom open voor structuren waarbinnen verpleeghuisartsen geconsulteerd en ouderen overgedragen kunnen worden. Andere huisartsen ervaren de inmenging van de verpleeghuisarts als een aanval op hun kennis en kunde en als een aantasting van hun autonomie. Over de verpleeghuisartsen vertelt een huisarts in de Rivasregio bijvoorbeeld: 'Zij willen graag de regie doen en wij het werk en daar hebben wij niet zo heel erg veel zin in'. Het is een rolverdeling die de machtspositie van huisartsen benadeelt en daarom niet alom wordt geaccepteerd. Een huisarts in de Carintregio stelt dat het steeds de vraag is tot hoever de inmenging van verpleeghuisartsen mag gaan. Nu graaft iedereen zich in, waardoor afspraken moeilijk te maken zijn.

Het lastige is dat huisartsen hun cliënten en autonomie willen behouden, maar tegelijkertijd niet meer tijd aan ouderen willen besteden. Sommige huisartsen komen daarom bijvoorbeeld niet naar overleggen. Bij Pantein speelt het tijdsprobleem bij het ontwikkelen van woonzorgboulevards. 'Ze wilden niet bij die ouderen. Het zou ze alleen maar geld kosten. Ze kregen misschien teveel aanloop. Ze willen gewoon niet teveel ouderen in hun praktijk', aldus een clustermanager. Rivas, Carint en Pantein hebben echter weinig invloed op het handelen van huisartsen, omdat zij niet onder hun concern ressorteren. Rivas en Pantein proberen de banden met de huisartsen

te verstevigen door beleidsgremia op te richten en huisartsen te ondersteunen bij hun praktijkvoering. Sommige huisartsen, maar zeker niet alle, werken alleen mee als zij hun ingezette tijd uitbetaald krijgen.

8.2.3 De verpleeg- en verzorgingshuiswereld verbonden

Verpleeghuisartsen komen niet alleen op het domein van de huisarts. Zij betreden door de verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen ook het verzorgingshuisdomein. Tegenwoordig leveren bijna alle verzorgingshuizen van Rivas, Carint en Pantein deze zorg. De weg ernaartoe is echter lang geweest. De wijze waarop de ontwikkeling is verlopen laat nu nog haar sporen na bij het realiseren van deze en andere structuren op het grensvlak van de domeinen van verpleeg- en verzorgingshuizen.

Verplicht 'de grote broer' toelaten

De ontwikkeling van verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen is gestart vóór de fusies tot Rivas, Carint en Pantein, toen de overheid hiervoor gelden ter beschikking stelde. Voorwaarde was wel dat de zorg in samenwerking met verpleeghuizen werd geleverd. De verzorgings- en verpleeghuizen hadden er beide belangen bij. De verpleeghuizen kregen een deel van de gelden en konden hun domein uitbreiden. De verzorgingshuizen kregen eveneens een deel van de gelden, maar zij hadden vooral een zorginhoudelijk belang. Zij misten de expertise om voor de toenemende groep zwaar zorgbehoevende ouderen te zorgen.

Ondanks deze belangen zijn niet alle verzorgingshuizen in onze cases direct met de verpleeghuizen in zee gegaan. Het verpleeghuis had een sterke machtspositie gekregen, omdat de overheid de regie en gelden bij het verpleeghuis had gelegd en omdat het verzorgingshuis afhankelijk was van de expertise van het verpleeghuis. Deze machtspositie belemmerde de samenwerking in al onze cases. Bij Rivas vertelt men over angst bij verzorgingshuizen voor de zogenoemde 'grote broer'. Men was bang overheerst te worden door de verpleeghuizen en aan zeggenschap en identiteit te verliezen. Bij Pantein twijfelden de verzorgingshuizen of ze het verpleeghuis inspraak wilden geven in de zorg. Zij zagen het verpleeghuis als indringer. 'Het gevoel samen een goed product te ontwikkelen was er dan ook niet', volgens een directeur, 'De één mocht maar zo ver komen en de ander zo ver'. De verpleeghuizen hadden echter ook iets te verliezen. Zij raakten een deel van hun instroom kwijt, als cliënten langer in het verzorgingshuis verbleven. Of zoals een clustermanager van Pantein vertelt: 'Het was vanuit het verpleeghuis van: als jullie allemaal mensen laten wonen met een verpleeghuisindicatie, dan raken wij onze bedden kwijt'. Toch is het ontwikkelen van verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen de gevolgde koers geweest. In bijna alle verzorgingshuizen van Rivas, Carint en Pantein is deze zorg aanwezig. Volgens een directeur van Pantein is het besef gegroeid dat 'het niet gaat om macht, maar dat het gaat om het efficiënt inzetten van middelen die er zijn en dat er ook kennis in het verpleeghuis is en in het verzorgingshuis en dat je daar het maximale uit kunt halen samen'.

Het belang van de 'eigen broer'

De ervaren machts- en concurrentiegevoelens zijn in de loop van de tijd minder geworden, maar nog niet helemaal weg. Het is daardoor niet altijd eenvoudig om de verzorgings- en verpleeghuizen in het belang van het ketentraject te laten samenwerken. Over de plannen om van een verzorgings- en verpleeghuis één centrum te maken in de woonzorgboulevards vertelt een zorgmanager van Pantein bijvoorbeeld dat het gevoel nog niet bij iedereen leeft dat dit betekent 'dat je elkaar niet moet gaan bestrijden en concurrenten moet worden van elkaar, maar juist elkaars sterke punten benutten en er één goed geheel van maken'. De concurrentiegevoelens zijn door de fusies tot Rivas, Carint en Pantein ook van een andere orde geworden. De ontwikkeling van verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen is, zoals gesteld, vóór de fusies begonnen. Niet alle verpleeg- en verzorgingshuizen, die deze zorg met elkaar zijn gaan ontwikkelen, ressorteren nu onder dezelfde zorgketen. Om machtsverlies te voorkomen of om de eigen machtspositie te vergroten wordt tegenwoordig opnieuw voor een partnership met verpleeghuizen gekozen. Bij Carint zal de zorg, die nu door een verpleeghuis van Trivium wordt geleverd, op korte termijn bijvoorbeeld door het eigen Sint Elisabeth worden overgenomen. 'Het gaat om belangen, om verpleeghuisplaatsen om wie doet wat', zegt een Carintgroepdirecteur hierover. Rivas heeft met een omgekeerde stoelendans te maken. Sommige niet-Rivashuizen willen niet of niet meer met verpleeghuizen van Rivas samenwerken, omdat Rivas een machtige partij is.

8.2.4 Gemeentepolitiek in het welzijnsveld

Stichtingen Welzijn Ouderen (SWO) en gemeenten zijn ook belangrijke actoren in de ketentrajecten WZWO. Rivas, Carint en Pantein hebben deze actoren nodig om het welzijnsdeel in het ketentraject te borgen. De belangen van de zorgketens en de SWO en gemeenten vallen echter niet altijd samen. Tussen hen voltrekt zich een ingewikkeld politiek spel.

Partner of concurrent

Alle actoren hebben eigen belangen bij welzijnsvoorzieningen. Een belang van Rivas, Carint en Pantein bij welzijn is dat het de kwaliteit van leven van ouderen verbetert. Ouderen vragen minder zorg als hun kwaliteit van leven hoog is. Zij kunnen langer thuis blijven wonen en de werkdruk van professionals vermindert. Welzijnsvoorzieningen zijn ook een belangrijke bron van inkomsten, in zichzelf en in relatie met wonen. Woningen met een welzijnsaanbod zijn beter verhuurbaar. De wijkgerichte functie van verzorgingshuizen vraagt tenslotte om welzijnsactiviteiten voor omwonenden.

Rivas, Carint en Pantein ontwikkelen gegeven deze belangen voor een deel zelf welzijnsvoorzieningen. Voor het andere deel zijn zij afhankelijk van de expertise en middelen van de SWO. Zij werken daarom veel samen met SWO rondom loketten, maaltijdvoorzieningen en activiteiten in de wijk en in verzorginghuizen. Met sommige zijn zij zelfs gefuseerd. De SWO hebben ook belang bij deze samenwerking en fusies. Hun mogelijkheden om welzijn

voor ouderen op de kaart te zetten nemen hiermee toe. De interesse in welzijn van Rivas, Carint en Pantein heeft echter tevens nadelen voor de SWO. De SWO krijgen ineens met krachtige spelers te maken, die mee willen bepalen hoe het welzijn in de regio vorm krijgt. De zorgketens worden zelfs concurrenten van de SWO als het welzijnsaanbod overlapt. De SWO en de gemeenten, die de SWO beheren, zijn daarom niet altijd gecharmeerd van de aandacht voor welzijn van de zorgketens. Rivas, Carint en Pantein proberen van hun kant de SWO en gemeenten niet tegen zich in het harnas te jagen. Zij zijn op onderdelen immers afhankelijk van hen. Vooral bij Carint en Pantein, die sterk gericht zijn op welzijnsvoorzieningen, voltrekt zich een politiek spel tussen de zorgketens, SWO en gemeenten om samenwerkingsmogelijkheden niet te verpesten.

Het bewaren van de lieve vrede

Bij Pantein loopt de samenwerking goed, zolang Pantein andere welzijnsproducten levert dan de SWO en de SWO hierbij betreft. De SWO zien Pantein als een domeinovertreder als dit niet het geval is. Pantein gaat zeer zorgvuldig om met deze domeingevoeligheid. Zo stelt een zorgmanager: 'Het kan je wat schelen, dat je niet op het domein van de SWO komt, omdat je wilt proberen om in goede harmonie afgestemd op elkaar iets te bereiken en niet ten koste van alles. Dan maak je een hoop kapot in zo'n dorp'. Pantein heeft de SWO nodig om haar beleid aangaande het verbeteren van de leefbaarheid in de gemeenten uit te voeren. 'Wij kunnen goed wonen en zorg leveren, maar dat welzijn, dat kan ik niet professioneel leveren', stelt een directeur. Het overnemen van een SWO in Mook is dan ook niet zonder goedkeuring van de gemeente gegaan. Het organiseren van een zorgloket wordt aan de gemeente overgelaten, alhoewel een clustermanager het plan heeft geïnitieerd. De SWO en gemeenten worden ook actief betrokken bij het opzetten van woonzorgzones. Pantein ziet soms zelf af van het organiseren van activiteiten voor wijkbewoners om conflicten te voorkomen. Het realiseren van ketens met afdoende welzijn vraagt gegeven al deze voorzichtigheid om veel politiek gemanoeuvreren. De gemeenten beginnen steeds meer te beseffen dat zij medeverantwoordelijkheid zijn voor de ketentrajecten en daartoe moeten samenwerken. De weg ernaartoe is echter lang.

Deze politieke strijd wordt herkend bij Carint. Daar begon de moeizame relatie met de gemeenten toen enkele SWO met Carint fuseerden. Gemeenten, maar ook zorgaanbieders waren bang dat de ouderenadviseurs en loketmedewerkers van de SWO alle cliënten naar Carint zouden verwijzen. Zij hadden voorts de angst dat de gemeentelijke subsidies van de SWO alleen aan Carint zouden worden toegewezen. 'Iedereen schreeuwt moord en brand over de onafhankelijke status van SWO. Het is gemeentegeld. Dan zou het geld naar Carint gaan en dan zou Carint bepalen wat er mee zou gebeuren', aldus een Carintgroepdirecteur. In Hengelo mag de SWO Hengelo daarom zelfs het Carintlogo niet gebruiken. Carint blijft investeren in de relatie met SWO om welzijn met wonen en zorg te kunnen integreren. Maar ook hier bepaalt het politieke spel tot hoever dit zal gaan.

8.2.5 Bouwen aan ketentrajecten

Woningcorporaties zijn net als de SWO kernspelers geworden in de ketentrajecten WZWO. De ambities van Rivas, Carint en Pantein om welzijn, wonen en zorg te integreren zijn niet waar te maken zonder woningcorporaties. Woningen met welzijn en zorg zijn belangrijke bronnen van inkomsten voor de zorgketens. Zeker nu de verzorgings- en verpleeghuizen gelden krijgen voor het leveren van extramurale zorg. Intramuraal zijn goede woningen eveneens van belang: hoe mooier de woning, hoe beter verhuurbaar, hoe meer budget en hoe meer tevreden ouderen zijn. Rivas, Carint en Pantein zoeken vanwege deze belangen naar samenwerking met woningcorporaties. De woningcorporaties hebben de boot lange tijd afgehouden (zie hoofdstuk 5). Zij zagen de toenadering van de zorgketens als een poging om de middelen van de woningcorporaties voor de eigen zaak in te zetten. De woningcorporaties zijn met de tijd echter gaan inzien dat woningen met welzijn- en zorgarrangementen winstgevend konden zijn. Met het besef dat het ouderensegment voor hen interessant kon zijn, kwam samenwerking van de grond.

In deze samenwerking blijft het echter laveren tussen de belangen van de zorgketens en die van de woningcorporaties. Het bouwen van geïntegreerde woonvoorzieningen is wat hen bindt. Woningcorporaties blijken in de praktijk echter niet altijd in te zien dat zij daarom in beider belang moeten bouwen. Zij realiseren zich niet goed dat welzijn, wonen en zorg alleen geïntegreerd kunnen worden als de wooncomplexen een bepaald volume hebben. Zij bouwen zonder af te stemmen woningen, waardoor zorg en welzijn niet kostendekkend kunnen worden geleverd. Zo vertelt een Carintgroepdirecteur: 'Je ziet dat er heel veel gebouwd wordt voor ouderen en dat woningcorporaties de beslissende stem willen hebben. Vervolgens roepen ze dat ze graag willen dat wij daar zorg leveren. Dan bouwen ze een complex met 24 woningen, waarbij er 18 geen zorg nodig hebben. Dat is voor ons niet betaalbaar. Je moet een bepaalde schaalgrootte hebben.'

De woningcorporaties hebben er daarbij geen belang bij om alleen met de zorgketens in zee te gaan. Carint en Pantein zijn omgekeerd concurrent van de woningcorporaties. Beide bezitten zelf woningen. Carint en Pantein ontleen hieraan veel belang. Het zijn bronnen van inkomsten en het woningbezit geeft hen de vrijheid om autonoom wonen, zorg en welzijn te integreren. Het grondbezit geeft hen ook macht. Zo vertelt een sectordirecteur van Carint dat in Noordoost Twente 'de neiging bestaat om ons daar niet al te serieus te nemen, omdat wij alleen maar thuiszorgspeler zijn'. Toch is Carint een partij met invloed in die gemeente, omdat Carint daar grond bezit.

Carint en Pantein beschikken echter niet over genoeg woningen om geheel onafhankelijk van woningcorporaties te opereren. Pantein en een woningcorporatie in de regio (woningcorporatie Maasland) hebben samen een missie geformuleerd om de wederzijdse afhankelijkheid

te reguleren. Hiermee borgen zij dat zij zich samen blijven inzetten voor het realiseren van geïntegreerde woonvoorzieningen en niet in elkaars vaarwater komen.

8.2.6 Een logistiek gevecht

De indicatieorganen en de zorgkantoren zijn een laatste groep betrokken actoren. Hun rol bij het indiceren en toewijzen van zorg is bij wet geregeld. Rivas, Carint en Pantein kunnen door die rol niet autonoom beslissen over de inzet van zorg en de implementatie van logistieke coördinatiemechanismen. Het gebrek aan zeggenschap over de indicering en toewijzing leidt tot conflicten tussen de zorgketens, indicatieorganen en zorgkantoren.

Bij de zorgketens is begrip voor de invoering van een objectief indicatiesysteem, maar onbegrip voor het weghalen van de indicatie- en toewijzingsprocessen bij zorgaanbieders. Het zou de kwaliteit van de indicaties niet ten goede komen. ‘We hebben soms dagenlange observaties nodig om te bepalen wat iemand mankeert. Je kan moeilijk verwachten dat als een RIO komt, die binnen een uur een overzicht heeft van wat iemand nodig heeft’, stelt bijvoorbeeld een afdelingshoofd van Pantein. Een directielid van Carint hekelt het wantrouwende signaal dat wordt afgegeven. De overheid legt volgens hem teveel nadruk op het financiële belang van zorgaanbieders. Hij ontkent niet dat zorgaanbieders met indicaties instroom voor zich kunnen winnen. Het accent dat daarop wordt gelegd is volgens hem echter een verkeerde voorstelling van zaken. ‘We zitten helemaal niet voor ons eigen belang. We willen niet meer invloed omdat we daar de macht in willen hebben, zoals vaak gedacht wordt, maar in het belang van de cliënt’, stelt hij. Medewerkers van Pantein en Rivas pareren eveneens de gedachte dat zorgaanbieders subjectief zouden indiceren. ‘We hebben zoveel werk, dat je niet bang hoeft te zijn dat wij overuren gaan indiceren’, stelt een afdelingshoofd bij Pantein bijvoorbeeld. In onze cases worden tenslotte kanttekeningen gezet bij de onafhankelijkheid van de indicatieorganen. Deze hebben bepaalde voorzieningen van hen nodig, zoals de Cliëntenservices. Helemaal objectief zijn zij daarom nooit.

De problemen bij het realiseren van goede logistieke mechanismen kunnen echter niet alleen worden toegeschreven aan de taken van de indicatieorganen en zorgkantoren. De zorgaanbieders raken ook met elkaar in conflict, omdat de ontwikkeling van logistieke mechanismen consequenties heeft voor hun middelen en instroom van cliënten. De strijd over coördinerende rollen is hiervan een illustratie. Aanbieders steggelen over de domeinen waarop de coördinator beslissingen mag nemen en wie deze rol op zich mag nemen. Zo stelt een Carintgroepdirecteur bijvoorbeeld: ‘Het mag niet zo worden dat de wachtlijstcoördinator de zorg gaat inzetten, de zorg gaat regelen in de thuiszorg. Dan ga je over territoria. Dat moet je niet doen. Maar je moet er wel zicht op hebben dat het gebeurt. (...). Maar vooral niet op elkaars terrein komen. Want als je dat gaat doen dan heb je een probleem.’

Tot besluit

In deze paragraaf is een rondgang gemaakt langs de actoren, die betrokken zijn bij de ketentrajecten WZWO. Rivas, Carint en Pantein blijken met vele belangen van actoren rekening te moeten houden. Alle actoren onderschrijven het belang om ouderen integrale zorg te bieden. In de praktijk telt niet alleen dit zorginhoudelijke belang. Het ontwikkelen van de ketentrajecten gaat voor vele actoren gepaard met domeinverschuivingen. Hetzij, omdat zij hun domein met andere actoren moeten delen, hetzij omdat zij zelf nieuwe domeinen gaan betreden. De zorginhoudelijke belangen verliezen aan waarde als ontwikkelingen een nadelige wissel trekken op de autonomie, status, expertisemacht, toestroom aan cliënten, inkomsten en tijdsinzet van actoren. Vanwege financiële en strategische belangen wordt ervan afgezien. Toename van macht en middelen blijken daarentegen positieve impulsen te zijn voor actoren. Rivas, Carint en Pantein kunnen de ontwikkelingen daarbij zelden geheel naar eigen hand zetten. Zij zijn afhankelijk van het beleid van de overheid aangaande de financiering, indicering en toewijzing van zorg. Zij hebben daarbij geen zeggenschap over actoren die niet onder hun concern ressorteren. Het is niet mogelijk voor hen om het traject autonoom en naar eigen inzicht vorm te geven.

8.3 Beroering over CVA-patiënten

In deze paragraaf wordt de rol van actoren bij de CVA-ketentrajecten besproken. Bij dit ketentraject zijn deels andere actoren betrokken dan bij het ketentraject WZWO. In deze paragraaf komt tevens aan de orde of de aard van de invloed van belangen daardoor naar ketentraject verschilt. Er wordt wederom een rondgang gemaakt langs de meest betrokken actoren.

8.3.1 Rouleren rond de medische as

In de CVA-ketentrajecten zijn neurologen, verpleeghuisartsen en revalidatieartsen belangrijke actoren. Zonder hen komen stroke units, revalidatie-units, schakelafdelingen, instroom- en uitstroomcriteria, multidisciplinaire overleggen, overdrachten, protocollen en dossiers niet tot ontwikkeling. Het ontwikkelen vraagt van de medici dat zij bij elkaar werkzaamheden verrichten en samen over cliënten beslissen. De medici in onze cases blijken zich prima te kunnen vinden in deze domeinverschuiving en nieuwe afhankelijkheden. Tenminste, zolang zij hier baten aan ontnemen en hun autonomie kunnen behouden.

Samenvallende baten

De neurologen, verpleeghuisartsen en revalidatieartsen hebben vele gedeelde belangen bij het ontwikkelen van de CVA-ketentrajecten. Het zou de informatie-uitwisseling tussen professionals en de in- en uitstroom van cliënten verbeteren en de verkeerde bedproblemen oplossen. 'Je ziet de meerwaarde in de doorstroom', vertelt een verpleeghuisarts van Pantein bijvoorbeeld. En een revalidatiearts in de regio van Pantein stelt: 'Nu stuur je een verwijzing naar iemand en

je weet dat die het allemaal regelt. Vroeger had je de verwijzing terug gekregen met de notitie dat ze er niks mee konden'. Door in elkaars organisaties te werken verbetert ook de kwaliteit van zorg aan cliënten. Het maakt daarbij dat de medici zich op hun eigen specialisme kunnen richten en taken die niet tot hun expertisegebied behoren aan elkaar kunnen overlaten. Dit is vooral voor de neurologen een impuls. Een revalidatiearts in de regio van Carint vertelt hierover dat 'neurologen het belangrijk gingen vinden dat er revalidatie kwam. Zelf wilden en konden ze het niet doen'. Een verpleeghuisarts van Trivium vertelt hetzelfde over zijn specialisme: 'Specialisten richten zich steeds meer op een kort onderzoek en behandeltraject. Daarna is hun werk klaar. Op wat daarna komt zitten ze niet te wachten. Dat dragen ze graag aan de verpleeghuisarts over'. De verpleeghuisartsen en revalidatieartsen hebben ook belang bij deze taakverschuiving. Hun macht en status groeit, omdat neurologen afhankelijk van hen worden en het werken in het ziekenhuis statusverhogend werkt.

Begrensd autonomie

Het ontwikkelen van CVA-ketentrajecten leidt onder de medici echter tot spanningen over de demarcatie van eenieders werkzaamheden. Allen willen hun autonomie behouden. Een revalidatiearts uit de Carintregio vertelt bijvoorbeeld: 'Neurologen vinden dat bepaalde zaken niet bij de revalidatiearts horen. Ze vinden dat revalidatieartsen zich moeten houden bij het houdings- en bewegingsapparaat'. Bij Rivas liepen taakconflicten tussen de neurologen en verpleeghuisartsen zo hoog op, dat de verpleeghuisartsen niet meer aan het MDO mochten deelnemen. Daar komt bij dat neurologen de instroomcriteria van verpleeghuisartsen en revalidatieartsen soms terzijde leggen. Als puntje bij paaltje komt, beroepen zij zich op hun formele besluitvormingsbevoegdheid om in hun eigen belang te beslissen. Zo vertelt een medewerker van het SMT (ziekenhuis keten Carint): 'De neuroloog wil de patiënt zo snel mogelijk weg hebben. Een neuroloog denkt medisch uitbehandeld en klaar. In het MDO bepaalt de neuroloog. Het is niet met elkaar bepalen'. De verpleeghuisartsen staan zelf echter ook niet altijd open voor de input van neurologen in hun verpleeghuizen. Zo vertelt een afdelingshoofd van een verpleeghuis van Rivas: 'De neuroloog komt bij ons op de afdeling. Dan merk je toch dat je op elkaars terrein bezig bent. Het kan gebeuren dat de neuroloog, die dan geen hoofdbehandelaar meer is, iets afsprekt waar een verpleeghuisarts het niet mee eens is en dat het dan wordt teruggedraaid'. De revalidatieartsen zijn eveneens niet altijd welkom. De scheidslijn tussen beide medici is te dun. Zo vertelt een revalidatiearts uit de Panteinregio: 'Het verpleeghuis is daar nog een beetje huiverig voor. Ze hebben er liever een neuroloog bij. Dat is minder bedreigend'. Volgens een verpleeghuisarts van Rivas, blijft het ondanks alle samenvallende belangen, toch nog steeds van 'wat is van jou en wat is van mij'. Het ketentraject zou volgens velen beter tot stand komen als allen vanuit de cliënt geredeneerd bezien wiens inzet nodig is.

8.3.2 Revalidatie of reactivering

Voor de verpleeghuisartsen en revalidatieartsen staat meer op het spel dan hun autonomie. Verpleeghuizen zijn spelers geworden in de revalidatie van CVA-patiënten en zij concurreren met de revalidatiecentra om instroom. In de verpleeghuizen wordt deze nieuwe functie zeer waardevol geacht. Een medewerkster van een verpleeghuis bij Carint vat deze treffend samen: 'Het is een visitekaartje. Het geeft aan dat niet iedereen die hier binnenkomt er horizontaal uitgaat. Het is een vrolijke en dynamische kant van het verpleeghuis. Je kunt er ook je bedden en dagbehandeling mee vullen. Het is leuk voor personeel. Het is goed voor de PR'. Verpleeghuizen hechten veel belang aan het behoud van deze functie en concurreren daartoe niet alleen met revalidatiecentra, maar ook met elkaar om instroom. Deze concurrentie speelt zich af over de rug van instroomcriteria, MDO-en en schakelafdelingen.

De in- en uitstroomcriteria, die in het ziekenhuis worden gebruikt, bepalen hoe patiënten over de verpleeghuizen en revalidatiecentra worden verdeeld. Het is voor organisaties van belang om een hand te hebben in de formulering en hantering van die criteria. In de criteria wordt meestal een onderscheid gemaakt tussen revalidatie (kort intensief behandelen om patiënten terug te laten keren in de maatschappij) en reactivering (langdurig minder intensief behandelen om het hoogst haalbare terug te krijgen). Patiënten die aan het criterium revalidatie voldoen gaan doorgaans naar het revalidatiecentrum. Het criterium reactivering leidt tot plaatsing in verpleeghuizen. Over de criteria is geen overeenstemming. Het onderscheid leidt tot een ervaren scheve verdeling van patiënten. Verpleeghuisartsen en revalidatieartsen bevechten elkaar om een plek in de MDO-en in ziekenhuizen om te borgen dat volgens de eigen criteria wordt doorverwezen. Bij Rivas en Pantein hebben de verpleeghuisartsen deze plek in het MDO niet weten te bemachtigen. Een verpleeghuisarts van Pantein vertelt over de consequenties hiervan: 'Het verpleeghuis is nu de dumpplaats geworden voor mensen die zij niet gerevalideerd krijgen. Er kan een domeinprobleem ontstaan als de verpleeghuisarts gaat meebepalen of iemand naar Madeleine gaat'. Carint zit met een nog groter probleem. Daar zit een verpleeghuisarts van de concurrent Trivium in het MDO. Ook de overbruggingsafdeling is van Trivium. Het verpleeghuis Sint Elisabeth van Carint krijgt daardoor nauwelijks patiënten. 'In het ziekenhuis wordt door het revalidatiecentrum toch wel wat van het verpleeghuis afgeroomd. De revalidatiearts loopt in het ziekenhuis en die plukt de goede mensen. En doordat Trivium mensen heeft rondlopen in het ziekenhuis, krijgt Elisabeth bijna niks meer', vertelt een medewerker van het verpleeghuis. Vanuit het ziekenhuis wordt beaamd dat patiënten bijna alleen nog maar naar Trivium gaan. Verpleeghuis Sint Elisabeth probeert patiënten naar het verpleeghuis te trekken door medewerkers te scholen in NDT. Het verpleeghuis creëert hiermee een relatief voordeel voor zichzelf, omdat Trivium en het revalidatiecentrum precies op dit punt in onmin zijn met het ziekenhuis. Zo vertelt een medewerker van de Zorgschakel: 'Bij Trivium werkt men niet met NDT. Gegeven het belang dat in het ziekenhuis aan NDT wordt gehecht geeft dat wrevel. Ook is er veel domeinstrijd met het Roessingh daardoor'. Sommige medewerkers begrijpen deze strijd om

instroom niet. Er is genoeg instroom en het zou puur moeten gaan om waar een patiënt de beste zorg kan krijgen. Of in de woorden van een verpleeghuismedewerker van Rivas: ‘Het verpleeghuis gaat niet op de stoel van het revalidatiecentrum zitten. Als men beter af is in het revalidatiecentrum dan gaat men daar gewoon heen’.

8.3.3 Domeindiscussie onder paramedici

Naast het verpleeghuis zijn paramedici belangrijke spelers geworden toen het besef groeide dat CVA een behandelbare aandoening was. De ontwikkelingen hebben voor hen veel goeds gebracht. Paramedici in al onze cases vertellen dat zij daardoor sterk aan erkenning en aanzien hebben gewonnen: ‘Ergotherapie krijgt een steeds prominentere rol binnen de revalidatie. Vroeger wist men niet wat het was (ergotherapeut Maartenskliniek)’; ‘Nu pas meent men iets aan neuropsychologen te hebben. Ze zijn een vast onderdeel van het team geworden (neuropsycholoog van Roessingh)’. Zij hebben de toebedeelde expertisemacht ook weten te verzilveren door zich te professionaliseren in CVA. Deze professionalisering verloopt echter niet zonder slag of stoot.

De paramedici raken verward in domeinstrijden door de taakspecialisatie en -verbreding, die gepaard gaat met de professionalisering. De overlap tussen de werkzaamheden van het maatschappelijk werk en de psychologen en die van de fysiotherapeut en de ergotherapeut zijn vooral onderwerp van discussie. Zo vertelt een neuropsycholoog: ‘Je komt er ineens tussen. Je doet nieuwe dingen, maar je doet ook dingen die vroeger door anderen werden gedaan. Daarover is domeinstrijd, omdat je taken overneemt’. Het gevecht over taken belemmert andere ontwikkelingen. Multidisciplinaire overleggen of dossiers komen soms niet tot ontwikkeling, omdat sommige paramedici niet met hun ‘concurrenten’ willen afstemmen. De domeinstrijden voltrekken zich ook binnen paramedische disciplines door het cliëntvolgend werken van intramurale paramedici. Eerstelijns paramedici verzetten zich tegen het extramuraal optreden van intramurale paramedici. Zij verliezen daardoor cliënten en inkomsten. Over de eerstelijns fysiotherapeuten vertelt een fysiotherapeut van Rivas bijvoorbeeld: ‘Dat is hun terrein en ze voelen zich daar dus op aangevallen, bedreigd en dat roept weerstand op. Er komt heel duidelijk een ondernemingsbelang bij kijken’. Zonder cliëntvolgend werken komt het ketentraject echter niet goed tot ontwikkeling. De eerstelijns paramedici staan namelijk niet open voor alternatieven. Zij willen niet aan MDO-en deelnemen, omdat de overlegtijd niet vergoed wordt. En zij zien het niet zitten om in NDT te investeren, omdat ze te weinig CVA-patiënten zien. Volgens het hoofd peri/paramedische diensten van Rivas is het vanuit het belang van de eerstelijns paramedici bezien wel begrijpelijk. Vanuit het cliëntbelang bezien zou de redenering volgens hem moeten zijn: ‘Wat heeft de patiënt nodig, wie kan dat bieden, waar moet dat geboden worden en welke kwalificaties zijn vereist’. Dan zou het ketentrajecten beter van de grond komen.

8.3.4 Dominantie van het ziekenhuis

Het ontwikkelen van CVA-ketentrajecten vraagt tenslotte van de ziekenhuizen, thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen dat zij zich samen inzetten voor een goede doorstroom van CVA-patiënten. Die samenwerking komt bij Rivas, Carint en Pantein echter niet of niet zonder conflicten van de grond. Vanuit de ziekenhuizen komt het verwijt dat de V&V-instellingen niet genoeg bijdragen aan het oplossen van de verkeerde bedproblematiek. De V&V-instellingen hebben juist het gevoel opgeslokt te worden door eisen, die het ziekenhuis aan het stelt.

Bij Rivas, Carint en Pantein is er consensus dat de belangen van het ziekenhuis prioriteit krijgen. Zelfs een ziekenhuismedewerker van Pantein zegt: 'De knelpunten die worden aangepakt, zijn heel erg de knelpunten van het ziekenhuis'. Volgens medewerkers heeft het ziekenhuis het idee dat het uitbehandelde patiënten gewoon over de muur kan gooien en dat V&V het verder wel oplost. V&V kan de zorg echter niet altijd leveren. Het ontbreekt V&V soms aan capaciteit en expertise. De mogelijkheden die V&V heeft zijn niet opgenomen in de uitstroomcriteria van het ziekenhuis. In de criteria staat centraal dat uitbehandelde patiënten niet in het ziekenhuis horen, ongeacht de consequenties daarvan voor V&V. Vanuit V&V wordt erkend dat uitbehandelde patiënten niet op hun plek zijn in het ziekenhuis. Maar dat mag niet betekenen dat alleen V&V verantwoordelijk is voor het oplossen van het doorstroomprobleem. Dat gevoel leeft bij V&V doorgaans wel. Zo zegt een clustermanager van Pantein bijvoorbeeld: 'Er wordt wel continu druk gelegd van jullie moeten ons probleem oplossen, maar als je zegt we kunnen dat integraal op een goede manier benaderen, dan wordt er heel weinig vrijgegeven'.

Medewerkers van Rivas en Pantein vinden ook de voorrangssystemen een voorbeeld van de dominantie van het ziekenhuis. Daarmee krijgen ziekenhuispatiënten voorrang op wachten binnen V&V. Een verpleeghuismedewerker van Pantein vertelt hierover: 'Het ziekenhuis wil zijn cliënten kwijt. V&V moet zijn bedden vullen, maar daarbij is wel de vraag of ze die bedden dan moeten vullen met cliënten van het ziekenhuis of uit de regio. Het Maasziekenhuis zegt dan dat het Maasziekenhuis voorgaat. Maar als je de cliënt in de regio centraal stelt dan moet het niet uitmaken waar iemand is'. Vanuit het ziekenhuis wordt echter ervaren dat V&V geen oog heeft voor de belangen van het ziekenhuis. Een directeur van Pantein vertelt treffend hoe beide actoren de verantwoordelijkheden naar elkaar toeschuiven: 'Gisteren was er nog een discussie over de verkeerde bedden. Dan zeg je toch weer dat het ziekenhuis zegt van V&V heeft te weinig capaciteit om aan haar verplichtingen te voldoen. V&V zegt van ja, maar het ziekenhuis kan er ook veel aan doen. Kijk maar hoe mensen binnenkomen en hoe jullie op tijd communiceren met ons. Je zit nog een beetje wullie-zullie en we zoeken naar 'we hebben een ideale organisatie om de verkeerde bedproblematiek op te lossen'. Maar hoe?'

Het blijkt voor ziekenhuismedewerkers lastig te zijn om rekening te houden met de belangen van V&V. Zij hebben doorgaans weinig tot niets met V&V te regelen. Volgens twee Pantein-

directeuren is slechts 10% van de processen in het ziekenhuis gebaat bij een betere aansluiting met V&V. 'Dat het maar 10% is maakt dat het procesgericht denken richting V&V een belangrijke handicap is,' aldus één van hen. 'Voor 90% dendert het ziekenhuis gewoon door. Men heeft er in de procesgang niks mee te maken,' stelt de ander. Een Rivasmedewerker vertelt hetzelfde en stelt dat het daarom niet vreemd is dat de meeste ziekenhuismedewerkers weinig aandacht hebben voor ketentrajecten.

Tot besluit

Rivas, Carint en Pantein hebben bij het CVA-ketentraject, evenals bij het ketentraject WZWO, met vele belangen van actoren rekening te houden. Een verschil is dat de invloed van actoren bij het ketentraject WZWO redelijk over de actoren verdeeld lijkt te zijn. Bij de CVA-ketentrajecten blijken ziekenhuizen daarentegen een dominante rol te spelen. Het ziekenhuis heeft een centrale positie vanwege de benodigde medische expertise, de invloed op de uitstroom en het cliëntvolgend werken van paramedici. De V&V-instellingen en de revalidatiecentra zijn doorgaans afhankelijk van de beslissingen van het ziekenhuis en de ruimte die hen door het ziekenhuis wordt gegeven. Verder zijn er vooral overeenkomsten. Ook bij het CVA-ketentraject handelen actoren niet alleen om integrale zorg te realiseren, maar ook met het oog op hun financiële en strategische belangen. En net als bij het ketentraject WZWO hebben Rivas, Carint en Pantein geen zeggenschap over het handelen van alle actoren.

8.4 Het krachtenveld rondom de concernstructuur

Het ontwikkelen van concernstructuren is hoofdzakelijk een taak van managers en medewerkers van de ondersteunende diensten. In deze paragraaf staat centraal hoe de ontwikkeling van deze structuren vanuit een perspectief op de belangen van managers en ondersteuners verloopt. In paragraaf 8.4.1 staan de managers centraal en in paragraaf 8.4.2 de ondersteuners. Deze actoren zijn, in tegenstelling tot de betrokken actoren bij de ketentrajecten, allen in dienst van de zorgketens. Onderwerp van bespreking is ook of zij daardoor meer in het belang van de zorgketens handelen.

8.4.1 Niet belangeloos managen

Het borgen van belangen op directieniveau

Het integreren van de Raden van Bestuur en directies is zowel bij Rivas, Carint als Pantein de eerste stap geweest in de ontwikkeling van de concernstructuren. De bestuurders kozen bij de samenstelling van de nieuwe organen voor een paritaire samenstelling om de belangen van eenieder onpartijdig te kunnen behartigen. Zij kwamen daarbij overeen om samen in het belang van de zorgketen te handelen.

Bij Pantein pakte deze keuze niet goed uit. Eén bestuurder was zowel voorzitter van de RvB van Pantein als directeur van het Maasziekenhuis geworden. Dit leidde tot een pettenprobleem en gebrek aan tijd en gerichte focus om tot synergie binnen Pantein te komen. De functie werd opgesplitst. Voor het ziekenhuis werd een nieuwe directeur aangesteld. Een andere bestuurder werd daarnaast zowel directeur van Pantein Wonen als van Pantein V&V. De directieleden komen, ondanks deze nieuwe constructie, toch nog moeilijk tot afstemming. Zij blijven zich richten op de belangen van hun eigen onderdelen. Eén van hen stelt dat 'heel nadrukkelijk meespeelt dat de directieleden meer gericht zijn op de eigen organisatie dan Pantein als geheel'. Het heeft tot gevolg dat de besluitvorming traag verloopt, beleid niet altijd doorgang vindt, verbindingen tussen het ziekenhuis en V&V moeilijk tot stand komen en beslissingen rondom harmonisatie en integratie lastig te nemen zijn. Steeds strijden Panteinbelangen met die van de Panteinonderdelen. Of zoals een stafmedewerker zegt: 'Je probeert vanuit Panteinperspectief te besluiten, maar de bedrijfsonderdelen hebben natuurlijk een wat ander perspectief. Dat is in eerste instantie het bedrijfsonderdeel en in tweede instantie de overkoepelende missie. Die zullen natuurlijk ook kijken van wat gaat het ons kosten en wat hebben we eraan'. Een directeur en een clustermanager van Pantein wijten de gerichtheid op het eigen onderdeel aan de paritaire samenstelling. De enige manier om belangenverstrengelingen tegen te gaan is volgens hen om een directiestructuur te implementeren met één directeur zorg en één directeur beheer. De bestuurders van Carint gaan zich binnenkort op deze wijze organiseren om meer samenhang te bewerkstelligen. Belangenverstrengelingen spelen geen rol bij deze keuze. Bij Rivas is de paritaire samenstelling met het vertrek van de thuiszorgdirecteur verloren gegaan. Daar leidt de niet-paritaire samenstelling juist tot problemen. Het geeft thuiszorgmedewerkers het gevoel dat het thuiszorgbelang niet meer wordt geborgd.

Regionaliseren of polariseren

De belangen van de verschillende onderdelen worden niet alleen aan de top, maar ook op middenkaderniveau uitgevochten. Het middenkader van Rivas, Carint en Pantein heeft zich tot aan de fusies altijd volledig op de zorg in de eigen organisatie kunnen richten. Het instandhouden van de oorspronkelijke organisaties net na de fusies heeft deze interne gerichtheid een tijd laten voortduren. De managers hadden weliswaar de taak om samenwerking op raakvlakken te bevorderen, maar zij richtten zich eerder op het eigen onderdeel. Er ontstond zelfs enige concurrentie tussen managers. Bij Rivas overheerste de overtuiging dat deze interne gerichtheid zou verdwijnen met de regionalisering. Managers werden daarmee immers gezamenlijk verantwoordelijk voor alle zorg in een regio in plaats van voor de zorg in de eigen werkmatschappij. Managers in de regio's zijn inderdaad gaan samenwerken, maar het domeindenken is daarmee geen verleden tijd geworden. Het heeft zich alleen maar verplaatst. In plaats van om de belangen van de werkmatschappijen, wordt nu om de belangen van de regio's en het ziekenhuis gestreden. Een regiomanager zegt hierover treffend: 'Tussen de managers onderling is er een hondje-katje idee. Er is absoluut geen samenwerking en geen gevoel van samenhorigheid. Het lijkt erop dat het erom gaat wie het mooiste, leukste, agressiefste idee op tafel kan leggen. Er wordt gebak-

keleid, er wordt ruzie gemaakt, er wordt minachtend naar elkaar gedaan en waarom: iedereen wil dat zijn regio de mooiste, knapste, leukste, beste regio wordt'. De RvB-leden van Carint voorzagen dat Carintgroepdirecteuren de belangen van de eigen Carintgroep wel eens boven die van Carint als geheel zouden gaan stellen (Samenvatting van de 8 sessies, 2000). Managers zijn bewust niet in hun oorspronkelijke werkgebieden geplaatst om dit te voorkomen. 'Een typische thuiszorgman, zit nu op een groot intramuraal verhaal. Zo zijn de dingen verdeeld, waardoor er niet direct bloedgroepen zijn ontstaan', legt een Carintgroepdirecteur uit. Een gerichtheid op de belangen van het eigen onderdeel is daarmee niet helemaal afwezig.

Bij Carint voltrekt zich voor een deel dezelfde dynamiek als bij Rivas. Zo bespreekt een zorgmanager: 'In de Carintkring zou er moeten worden afgestemd, maar ik vraag me ernstig af hoe dat gaat. Ik vind het een flink stel haantjes. Het zijn bijna allemaal heren en de ene wil nog beter scoren dan de ander. Beslissingen worden ingegeven door iets wat iemand persoonlijk past of wat volgens diegene past voor zijn Carintgroep'. Bij Pantein heeft een wisseling van de wacht onder clustermanagers eveneens voor een groot deel voorkomen dat clustermanagers elkaar zijn gaan bevechten. Zij redeneren daardoor minder vanuit gedachten als 'dit is mijn huis', aldus een clustermanager zelf.

Integrale autonomie

De belangen van managers spelen ook een rol van betekenis bij de omslag naar integraal management en de centralisatie en decentralisatie van de ondersteuning. Managers hebben door de invoering van integraal management en de decentralisatie van de ondersteuning de verantwoordelijkheid gekregen om de primaire en ondersteunende processen op elkaar af te stemmen. De verwachting was dat deze structureringswijzen de belangen van managers met elkaar in verband zou brengen. Voor een deel is dit bewaarheid en voor een deel zijn de relaties tussen managers juist scherper geworden. De belangen van managers komen duidelijker naar voren, nu managers zeggenschap hebben over elkaars taakgebieden en met elkaar moeten onderhandelen over de inzet van ondersteuners en het implementeren van vernieuwingen.

Zorgmanagers hebben redenen om zich te verzetten tegen het integreren van verantwoordelijkheden voor zorg. Zij verliezen daarmee aan zeggenschap. Een manager van Rivas vertelt bijvoorbeeld dat zorgmanagers voorheen autonome spelers op hun zorgdomein waren en als enige de expertise hadden om deze domeinen te managen. Nu sturen regiomanagers de verschillende zorgdomeinen aan. De locatie- en rayonmanagers hebben er moeite mee dat zij niet meer autonoom kunnen beslissen en zij raken in conflict met regiomanagers.

Tussen de zorgmanagers en de managers van de ondersteunende diensten speelt bij Rivas en Pantein hetzelfde aangaande de verantwoordelijkheden voor de ondersteuning. Managers van de ondersteunende diensten hebben een voorkeur voor centralisatie van de ondersteuning en functioneel management. Zij behouden daarmee de macht en de middelen om in het belang

van hun ondersteunende dienst te handelen. Zij geven deze macht en middelen daarentegen deels uit handen als de ondersteuning wordt gedecentraliseerd. Managers van de zorgonderdelen hebben echter een voorkeur voor decentralisatie. Zij krijgen daarmee de ruimte om de ondersteuning in het belang van hun onderdeel in te zetten. Een regiomanager van Rivas vertelt bijvoorbeeld dat de managers van de ondersteunende diensten door de centralisatie kunnen bepalen welke diensten worden geleverd. Deze manager vindt echter dat regiomanagers het aanbod zouden moeten bepalen. Zij kunnen het beste borgen dat de ondersteuning aansluit op de primaire processen.

Managers van de ondersteunende diensten van Rivas en Pantein onderkennen dat zorgmanagers enige zeggenschap over de ondersteuning nodig hebben om integrale zorg vorm te geven. Zij betwijfelen echter of de managers alleen vanuit dit belang redeneren. Zij hebben het gevoel dat de zorgmanagers slechts op zoek zijn naar meer status en macht. Een hoofd van de ondersteunende diensten bij Pantein zegt hierover bijvoorbeeld: 'Het kan nodig en goed zijn om bepaalde ondersteunende verantwoordelijkheden te verleggen. Maar soms is het meer een gevoels- of machtskwestie. Men wil directe invloed en sturing hebben.' En twee Rivasmanagers zeggen in de argumenten van regiomanagers niet meer te horen dan 'ik wil de baas zijn, geef mij de macht, dan regel ik het wel'.

Het vergroten van de beleidsruimte

Belangen spelen tenslotte ook een rol bij het centraliseren en decentraliseren van beleid. Managers zetten zich in voor een beleidsstructuur met decentrale beleidsvorming. Het geeft hun de ruimte om in het belang van het eigen onderdeel te handelen en onafhankelijk van anderen eigen wegen in te slaan. In de zorgketens worden echter ook centrale kaders geformuleerd, waaraan managers zich moeten houden. Managers raken in conflict met elkaar als het eigen beleid niet samenvalt met de centrale kaders of als beleidslijnen strijdig zijn. Bij Rivas bevechten managers elkaar bijvoorbeeld om de gunst van de directie. Zij proberen hun beleidslijnen bij de directie voor het voetlicht te brengen om te voorkomen dat zij hun ingezette koers moeten aanpassen. Bij Carint, waar de beleidsvrijheid groot is, mag veel naar eigen inzicht worden ontwikkeld. Managers raken daardoor juist zelden in conflict met elkaar over het beleid. Spanningen ontstaan alleen als beleidslijnen moeten worden afgestemd. Drie Carintgroepdirecteuren raakten bijvoorbeeld met elkaar in de clinch toen zij hun beleid voor Hengelo moesten uniformeren. Allen hadden ander beleid voor deze stad uitgedacht.

Bij Pantein zijn weinig beleidsstrijden op middenkader niveau. De vrij centralistische aansturing laat ook weinig ruimte voor concurrentie onder middenmanagers over het beleid. Spanningen aangaande Panteinbeleid en beleid van de onderdelen is dan ook niet zozeer op middenkader niveau te vinden. Die strijd wordt door de directeuren gevoerd.

8.4.2 Machtige ondersteuningsstructuren

Rondom de ontwikkeling van de ondersteunende diensten voltrekt zich, buiten de managers om, een belangenstrijd onder uitvoerende medewerkers van de ondersteunende diensten. Zij beïnvloeden de harmonisatie van systemen en de centralisatie en decentralisatie, omdat zij macht ontlenen aan de systemen die gebruikt worden en de plaats waar zij werken.

Best practice of meeste macht

Ondersteuners verzetten zich tegen de harmonisatie van systemen als niet hun systemen leidend zijn. Zij ervaren de harmonisatie als een middel voor de fuserende organisaties om hun macht en belangen in de zorgketen te laten gelden en borgen. Sterker nog: zij menen dat de keuze van systemen aangeeft wie het belangrijkste is in de zorgketen.

Bij Rivas komen medewerkers op basis hiervan tot de conclusie dat het ziekenhuis de dominante partij in de zorgketen is. De systemen zouden op basis van beste practices gekozen worden, maar de nieuwe hoofden hebben in de praktijk veelal voor de systemen van hun oude organisatie gekozen. Veel hoofden kwamen uit het Beatrixziekenhuis, waardoor vooral ziekenhuissystemen zijn geïmplementeerd. Dit bevestigt voor medewerkers het vermoeden dat het ziekenhuis wordt voorgetrokken. Bij Pantein geldt hetzelfde. De ‘passendheid bij gebruikerseisen’ is als selectiecriterium gebruikt, maar op basis daarvan zijn vooral ziekenhuissystemen gekozen. Het leidt tot het gevoel dat het Maasziekenhuis wel even komt vertellen hoe het moet gebeuren. Tegelijkertijd is er weerstand in het ziekenhuis tegen de systemen die wel van V&V komen. Het ziekenhuis wil geen zogenoemde ‘bejaardenhuissystemen’ overnemen. Bij Carint doet zich hetzelfde voor ten aanzien van de thuiszorg. Daar zijn vooral thuiszorgsystemen geïmplementeerd. Redenen voor deze keuze waren dat de thuiszorgsystemen beter waren en ook op de intramurale situatie pasten. De keuze leidt ondanks deze argumenten toch tot gevoelde machtsverschillen. Zo vertelt een medewerker van Carint: ‘Je ziet dat de thuiszorg naar verhouding een wat dominante rol heeft gespeeld. Thuiszorg had geld, waardoor de dominantie behoorlijk aanwezig was om op een gegeven moment gewoon te dicteren. Het werd in zijn algemeenheid zo gevoeld dat de thuiszorg bepaalde wat er ging gebeuren’.

Een positionerende werkplek

Macht speelt tevens een rol bij het implementeren van decentrale teams en het toewijzen van nieuwe werkplekken. Ondersteuners ontlenen status aan hun organisatie van oorsprong. Zij verliezen voor hun gevoel aan macht als zij samenwerken met ondersteuners uit andere organisaties en als zij werkzaamheden voor andere organisaties verrichten. Het decentraliseren van ondersteuners en het realiseren van integrale teams stuit daarom niet alleen op verzet. Het lukt niet altijd goed om ondersteuners in teams met elkaar te laten samenwerken. In de teams zijn veel ‘wij en zij’ gevoelens. Een sectordirecteur van Carint vertelt dat de ondersteuners praten als fracties van de huizen waar zij vandaan komen. Zij houden vast aan ‘maar wij doen het zo’.

Bij Rivas bleek het ondersteunende personeel uit het ziekenhuis zich meer macht en status toe te eigenen dan medewerkers uit de andere onderdelen. Dit kwam onder meer tot uitdrukking in weerstand bij koks om in verpleeghuizen te werken en verzet bij secretaresses toen zij niet meer een arts, maar een facilitair medewerker als hoofd kregen. De strijd onder ondersteuners gaat daarentegen grotendeels aan Pantein voorbij. Door het ‘voorgesorteerd gedeconcentreerde model’ zijn medewerkers werkzaamheden blijven verrichten voor de oude organisatie. Ook de teams zijn ongemengd gebleven. De verwachting in de drie zorgketens is dat de weerstand zal verminderen als de ondersteuners gewend raken aan elkaar en de nieuwe systemen en de meerwaarde van de nieuwe structuren gaan ervaren. Ze willen nu nog teveel vasthouden aan hun oude routines. ‘Je merkt dat mensen gewend zijn om op het oude spoor door te tuffen, terwijl er misschien wel een wisseltje genomen moet worden. Iets kon in de oude organisatie de waarheid zijn, maar dat is het nu niet meer’, stelt een sectordirecteur van Carint. Verwacht wordt ook dat alles beter zal gaan als de ondersteuners zich aan de doelen van de zorgketens verbinden. Het zou dan niet meer uitmaken waarvandaan een medewerker komt.

Tot besluit

Rivas, Carint en Pantein proberen met hun concernstructuren tot synergie in de zorgketens te komen. De structuren moeten faciliteren dat managers en ondersteuners tot afstemming komen en in het belang van de zorgketens handelen. Managers en ondersteuners kijken echter niet alleen naar het zorgketenbelang. Zij houden ook rekening met de belangen, macht en middelen die zij voor de fusie hadden en de belangen, macht en middelen van hun nieuwe onderdeel. Vooral managers hebben er baat bij om de belangen van hun onderdeel voorop te stellen. Zij zijn niet alleen verantwoordelijk voor het realiseren van synergie in de zorgketens, maar ook voor een succesvolle bedrijfsvoering in hun onderdeel. De ontwikkeling van concernstructuren gaat daardoor met samenwerking en conflict gepaard. In de cases leeft de gedachte dat deze conflicten en gerichtheid op eigenbelangen slechts een faseprobleem is. Men vindt het logisch dat managers en ondersteuners zich op het eigen onderdeel richten, omdat deze nieuw zijn voor hen. Het kost tijd om de nieuwe medewerkers, zorgvormen en routines te leren kennen en om orde op zaken te stellen. Managers en ondersteuners zullen naar verwachting pas in een volgende fase de tijd en ruimte vinden om samen in het belang van de zorgketens te handelen. Een directeur van Pantein is hierover sceptisch. Volgens hem is het niet genoeg om de onderdelen op orde te hebben. Belangenstrijden zullen alleen verdwijnen als functionele structuren voor procesgerichte worden vervuld. ‘Als je nog steeds organiseert met een apart ziekenhuis, een apart V&V en een apart wonen, dat blijf je dat in enige bepaalde mate houden, want de medewerkers in je sector rekenen je daarop af’, stelt hij. Bij Carint wordt over een ander faseprobleem gesproken. Enkele medewerkers achten het niet ondenkbaar dat managers en ondersteuners juist meer aan hun eigenbelangen gaan vasthouden, omdat de druk op het realiseren van synergie steeds groter wordt.

8.5 Patronen in de invloed van belangen, macht en middelen

De structuren van Rivas, Carint en Pantein blijken uit het voorgaande tot ontwikkeling te komen in een speelveld vol actoren, die met het oog op hun belangen handelen. Sommige actoren hebben er belang bij en andere niet. Hoe actoren handelen verschilt in de tijd. En soms verlopen de structuurontwikkelingen bij Rivas, Carint en Pantein verschillend, ondanks de betrokkenheid daarbij van dezelfde typen actoren. De ontwikkeling van structuren lijkt bij Rivas, Carint en Pantein dan ook gepaard te gaan met een onontwarbare kluwen aan handelende actoren. Toch zijn in deze kluwen enkele patronen te herkennen. Die patronen worden in deze paragraaf vanuit een conceptuele invalshoek beschreven. De niveaus van analyse van Marrett (1971) dienen daartoe als ordeningskader. Belicht wordt dat de karakteristieken van de belangen van actoren, de aard van de relaties tussen hen en de omgeving de ontwikkeling van structuren beïnvloeden. In paragraaf 8.5.1 staan de eigenschappen van de belangen, macht en middelen van actoren centraal ('intraorganizational properties'), alsmede de overeenkomsten en verschillen daartussen ('comparative approach'). Het accent ligt in deze bespreking op de strijdigheid en verenigbaarheid van de belangen van actoren. Naar de 'relational approach' van Marrett wordt in paragraaf 8.5.2 beschreven hoe de ontwikkeling van structuren beïnvloed wordt door de wijze waarop actoren hun interdependenties reguleren. In paragraaf 8.5.3 wordt besproken hoe de reactie van actoren op veranderingen in de maatschappij ('non-organizational contextual approach') en het organisatorische veld ('formal contextual approach') van invloed zijn. In deze paragraaf wordt tevens naar Scott (1995: 142) beschreven dat actoren zich laten beïnvloeden door de instituties in veld. In paragraaf 8.5.4 wordt besproken hoe actoren beslissen over structuren.

8.5.1 Kenmerken van actoren: strijdige en samenvallende belangen

Actoren blijken zelden één belang, middel en machtsbron te hebben of na te streven. Het realiseren van kwaliteit van zorg, financiële rendabiliteit en het borgen van een krachtige positie zijn alle belangen die voor hen op het spel staan. Als middelen streven de actoren naar geldelijke middelen, cliënten, informatie, tijd en afdoende en gekwalificeerd personeel. Als machtsbronnen spelen status, expertise, autonomie en marktaandeel een rol. De ontwikkeling van structuren wordt in onze cases gegeven de aanwezigheid van deze veelheid aan belangen, middelen en machtsbronnen vrij dominant beïnvloed door de strijdigheid en verenigbaarheid ertussen. Deze invloed blijkt zich op drie niveaus te voltrekken: tussen actoren, bij één actor en tussen de actoren als individuen en de zorgketen als actor.

8.5.1.1 Verschillende monniken verschillende kappen

De actoren in de cases hebben, ongeacht of het om ketentraject- of concernstructuren gaat, verschillende belangen. Het verschil in belangen blijkt niet zozeer van invloed te zijn, maar wel of de belangen strijdig of verenigbaar zijn. Structuren komen moeizaam of niet tot stand

als de belangen conflicteren. Terwijl de ene actor een structuur wel wil om zijn belangen te behartigen, houdt een ander omwille van zijn belangen de structuurvorming tegen. De structuren komen eenvoudiger tot stand als de belangen verenigbaar zijn. De actoren ontwikkelen structuren, omdat zij er beide baten aan ontleen, ook al verschillen hun belangen. Geen structuurontwikkeling ontsnapt aan deze dynamiek. Bij iedere structuur staan echter deels verschillende belangen op het spel.

Het ontwikkelen van voorzieningen

Bij het opzetten van voorzieningen heeft het domeinoverschrijdend verkeer, dat daarmee gepaard gaat, een grote invloed. Actoren ontwikkelen eerder voorzieningen als zij daarmee nieuwe domeinen kunnen betreden. Voorzieningen waarbij andere actoren hun domein betreden worden positiever ontvangen als daarmee de eigen werkdruk vermindert en als de toetreders nieuwe expertise inbrengen. Verlies van marktaandeel, status, inkomsten, cliënten en autonomie en een toenemende werkdruk vanwege extra taken en cliënten zijn daarentegen redenen om de ontwikkeling van voorzieningen tegen te houden (zie tabel 8.1). De attitudes van actoren staan echter niet vast. Deze veranderen in de tijd, omdat ook belangen wijzigen. De ontwikkeling van extramurale zorg in onze cases is hiervan een illustratie. De belangen van de thuiszorg en verzorgingshuizen botsen. Het marktaandeel, de cliëntenstroom en budgetten van de verzorgingshuizen nemen toe door het domeinoverschrijdend verkeer, terwijl die van de thuiszorg afnemen. Verzorgingshuizen willen daarom extramurale zorg leveren, maar de thuiszorg niet.

Extramurale zorg werd vroeger echter wel zonder conflicten geleverd. Verzorgingshuizen hadden in het verleden dezelfde belangen als nu, maar deze vielen samen met het belang van de thuiszorg om kwaliteit van zorg te leveren en de werkdruk te verminderen. De belangen verschilden, maar zij waren niet strijdig. De thuiszorg liet de verzorgingshuizen toe op haar domein.

Het ontwikkelen van zorginhoudelijke, logistieke en personele mechanismen

Bij de zorginhoudelijke mechanismen staan de autonomie, inkomsten, tijd, informatie, instroom van cliënten van actoren en de kwaliteit van zorg op het spel (zie tabel 8.2). Door het ontwikkelen van zorginhoudelijke mechanismen gaan actoren beslissingen nemen over elkaars werkzaamheden en cliënten en tijd investeren in het afstemmen van zorg. Alle hebben consequenties voor de inkomsten van actoren, terwijl de gezamenlijke besluitvorming hun autonomie begrenst.

Actoren die hun eigen koers willen blijven varen hebben er belang bij om deze mechanismen niet te ontwikkelen. Het voordeel van zorginhoudelijke mechanismen is echter dat de kwaliteit van zorg en informatie daarmee verbeteren. Actoren beslissen ook mee over de instroom en taakverdeling. Ze kunnen hun eigen hachje veilig stellen of regelen dat in hun voordeel

	Redenen voor	Redenen tegen
extramurale zorg en dagvoorzieningen	<ul style="list-style-type: none"> • toename marktaandeel, status, instroom cliënten, financiële middelen, expertisemacht verzorgingshuis en verpleeghuis • afname werkdruk en inbreng benodigde expertise voor thuiszorg en huisarts 	<ul style="list-style-type: none"> • afname marktaandeel, autonomie, cliënten, status en financiële middelen thuiszorg en huisarts • toename werkdruk, afname personeelsinzet intramuraal
verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen	<ul style="list-style-type: none"> • afname werkdruk, toename ingebrachte expertise, cliënten en financiële middelen verzorgingshuis • toename status, marktaandeel, expertisemacht en financiële middelen verpleeghuis • afname werkdruk, toename ingebrachte expertise huisarts 	<ul style="list-style-type: none"> • afname expertisemacht en autonomie verzorgingshuis • afname cliënten, toename werkdruk, afname personeelsinzet verpleeghuis • afname marktaandeel en autonomie huisarts
welzijnsvoorzieningen in verzorgingshuis	<ul style="list-style-type: none"> • afname werkdruk verzorgend en verplegend personeel thuiszorg en verzorgingshuis • toename middelen, expertisemacht, marktaandeel, cliënten, status SWO en verzorgingshuis 	<ul style="list-style-type: none"> • afname cliënten, financiële middelen, status expertisemacht, marktaandeel en autonomie welzijnsorganisatie en gemeente
woonvoorzieningen met zorg- en welzijns-arrangementen	<ul style="list-style-type: none"> • toename cliënten, financiële middelen en marktaandeel woningcorporaties, woondeel concerns en zorg en welzijn leverende organisaties • toename macht concern vanwege grondbezit 	<ul style="list-style-type: none"> • afname marktaandeel, inkomsten, cliënten, autonomie corporaties • afname personeelsinzet, toenemende werkdruk welzijn en zorgleverende organisaties
revalidatie in verpleeghuizen	<ul style="list-style-type: none"> • toename status, expertisemacht, marktaandeel, financiële middelen, cliënten verpleeghuis • afname verkeerde bed cliënten, toename productie, toename satisfactie personeel ziekenhuis 	<ul style="list-style-type: none"> • afname financiële middelen, status, marktaandeel, cliënten en expertisemacht revalidatiecentra • toename werkdruk verpleeghuizen
verpleeghuiszorg in ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> • toename status, expertisemacht, marktaandeel, financiële middelen, cliënten verpleeghuis • afname verkeerde bed cliënten, toename productie, toename satisfactie personeel ziekenhuis 	<ul style="list-style-type: none"> • afname autonomie en expertisemacht ziekenhuis • toename werkdruk verpleeghuis

Tabel 8.1. Ambivalentie jegens het ontwikkelen van voorzieningen

wordt besloten. De dynamiek bij de ontwikkeling van MDO-en is hiervan een illustratie. Extramuraal verzetten huisartsen zich tegen de MDO-en, omdat deze overlegvorm hen tijd en geld kost en hun autonomie begrenst. De verpleeghuisartsen zien met de ontwikkeling van MDO-en echter de mogelijkheid groeien om mee te beslissen en tot een verbeterde af-

	Redenen voor	Redenen tegen
zorginhoudelijke mechanismen		
standaard multidisciplinair overleg, dossier, protocol	<ul style="list-style-type: none"> • vermijden verlies, behoud en toename autonomie, tijd, cliënten, financiële middelen, informatie door deelname aan besluitvorming over taken en cliëntstroom • betere en snellere informatie-uitwisseling 	<ul style="list-style-type: none"> • verlies tijd, inkomsten, autonomie en cliënten bij ongunstige besluiten • verlies autonomie door gedeelde beslissingen • tijdsinvestering
logistieke mechanismen		
centraal informatie- en registratiepunt	<ul style="list-style-type: none"> • toename financiële middelen, autonomie, tijd en cliënten voor deelnemers en beheerders loketten 	<ul style="list-style-type: none"> • verlies inkomsten, tijd, cliënten en autonomie voor niet-beheerders
eenduidige criteria	<ul style="list-style-type: none"> • toename financiële middelen, autonomie, tijd en cliënten voor opstellers en uitvoerders 	<ul style="list-style-type: none"> • verlies inkomsten, tijd, autonomie en cliënten voor niet-betrokken actoren bij opstellen en uitvoeren
signalerende en coördinerende rollen	<ul style="list-style-type: none"> • toename financiële middelen, autonomie, tijd, expertisemacht en cliënten voor actoren met deze rollen • tijdswinst, verbeterde informatie actoren die deze rol niet hebben 	<ul style="list-style-type: none"> • verlies tijd, financiële middelen, expertisemacht, autonomie, tijd en cliënten actoren zonder deze rollen
personele mechanismen		
cliëntvolgendheid	afhankelijk van verplaatsing: zie producten en diensten	
multidisciplinaire teams	<ul style="list-style-type: none"> • behoud en toename cliënten, autonomie, personeel, tijd, marktaandeel en informatie 	<ul style="list-style-type: none"> • verlies cliënten, personeel, tijd, marktaandeel, autonomie en informatie
zorgcoördinatie, taakverbreding en taakspecialisatie	<ul style="list-style-type: none"> • behoud en toename cliënten, financiële middelen, personeel, tijd, marktaandeel, informatie, status en expertisemacht actor met deze functie 	<ul style="list-style-type: none"> • verlies cliënten, personeel, tijd, marktaandeel, status, autonomie, informatie, en expertisemacht actoren zonder deze functies
eenduidige werkwijzen	<ul style="list-style-type: none"> • toename status, expertisemacht, cliënten, financiële middelen actoren die werkwijze hanteren of in werkwijze eigen werk geborgd zien 	<ul style="list-style-type: none"> • toename status, cliënten, expertisemacht, inkomsten actoren die werkwijze niet hanteren of wiens werk daarin geen plek heeft

Tabel 8.2. Ambivalentie jegens het ontwikkelen van coördinatiemechanismen

stemming van zorg te komen. In de ziekenhuizen willen neurologen, verpleeghuisartsen en revalidatieartsen aan de MDO-en deelnemen om goed cliënten en informatie over te dragen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Om hun autonomie te beschermen en om een stem te hebben in de doorstroom van cliënten hebben allen echter redenen om te verhinderen dat een andere medicus aan een MDO deelneemt.

Bij de logistieke mechanismen leggen actoren vast hoe cliëntenstromen gekanaliseerd en verdeeld worden en wie daarover beslist. De ontwikkeling van logistieke mechanismen heeft in

Redenen voor en tegen	
divisies versus integrale eenheden	behoud middelen en macht door gerichtheid op nastreven doelen divisie versus behoud middelen en macht door gerichtheid op nastreven doelen integrale eenheid
centralisatie versus decentralisatie management	behoud, verkrijgen of verlies macht centrale managers versus behoud of verkrijgen macht decentrale managers
functioneel management versus integraal management	behoud, verkrijgen of verlies macht en middelen managers functionele eenheid versus behoud, verkrijgen of verlies macht en middelen integrale managers door nastreven integrale doelen
wel of geen HOFB managers	machtsbehoud, winst of verlies door expertise op functionele eenheid of gedeelde expertise op integrale eenheid machtswinst voor managers die geen HOFB hadden, machtsbehoud voor managers die HOFB hadden en machtsverlies voor managers bij wie HOFB weggehaald wordt
centralisatie versus decentralisatie ondersteunende diensten	behoud, verlies of verkrijgen macht en middelen managers en medewerkers ondersteunende diensten versus behoud, verlies of verkrijgen macht en middelen managers en medewerkers zorgenheden machtswinst of machtsverlies medewerkers door losweken van 'oude' organisatie
uitbesteding versus eigen beheer; standaard versus gedifferentieerd	behoud, verlies, verkrijgen macht en middelen zorgmanagers versus managers ondersteuning
centrale beleidskaders versus beleidsvrijheid	machtswinst of -verlies centrale versus machtswinst of -verlies decentrale managers

Tabel 8.3. Ambivalentie jgens het ontwikkelen van concernstructuren

de cases daardoor wisselende gevolgen voor de middelen, autonomie en het marktaandeel van actoren (zie tabel 8.2). Het realiseren van één-loket functies betekent bijvoorbeeld dat andere loketten aan macht verliezen door de dominantie van het nieuwe loket. Betere signalering en coördinatie leidt als tweede voorbeeld tot strijd, omdat de coördinatoren de macht krijgen om over cliënten te beslissen. Het bestaan van in- en uitstroomcriteria blijkt problemen te geven als niet iedere partij zijn criteria daarin geborgd ziet. Illustratief is de onenigheid onder revalidatiecentra en verpleeghuizen en de discussie tussen V&V en het ziekenhuis over de in- en uitstroomcriteria in het CVA-ketentraject. De criteria stellen zelden de belangen van alle actoren veilig.

Bij de personele mechanismen speelt een combinatie van voornoemde strijdige en verenigbare belangen een rol. De ontwikkeling van deze mechanismen heeft zowel tot gevolg dat actoren elkaars domeinen fysiek gaan betreden als beslissingen gaan nemen over elkaars instroom en werkzaamheden. Terwijl de ene actor wint aan autonomie, expertisemacht, status, marktaandeel, cliënten en tijd, verliest een andere hieraan.

De wijze waarop de eerstelijns fysiotherapeuten zich keren tegen het extramuraal werken van de intramurale fysiotherapeuten van Rivas en het aanleren van NDT is hiervan een voorbeeld. De intramurale fysiotherapeuten verzekeren zich van een cliëntenstroom, marktaandeel en status door cliëntvolgend te werken en volgens NDT te behandelen. Als NDT-deskundigen verkrijgen zij de expertisemacht om op het extramurale domein werkzaamheden te verrichten. De extramurale fysiotherapeuten raken daarentegen cliënten kwijt en daarmee aan inkomsten, status en autonomie om naar eigen inzicht te handelen op het extramurale domein.

Het ontwikkelen van concernstructuren

Bij de concernstructuren zijn de belangen van managers en ondersteuners in het geding. De strijdigheid en verenigbaarheid concentreren zich vooral op het vraagstuk of managers en ondersteuners de macht en middelen behouden van hun organisatie van oorsprong of nieuwe concernonderdeel (zie tabel 8.3). Zo blijken managers zich prima in een centralisatie van het beleid te kunnen vinden, zolang zij daarin hun eigen beleid geborgd zien. En zo strijden de managers van de zorgvormen en de ondersteunende diensten om de macht en de middelen om de ondersteuning naar eigen inzicht in te zetten.

8.5.1.2 Gelijke monniken verschillende kappen

Het complexe in de dynamiek is dat niet alleen de belangen tussen actoren strijdig en verenigbaar kunnen zijn, maar ook die van eenzelfde actor. De implementatie van een structuur kan bijvoorbeeld tot geldelijke winsten voor een actor leiden, maar tegelijkertijd de autonomie van deze actor beperken. Gaat deze actor dan voor het geld of voor zijn autonomie? De actoren in de cases staan dan ook veelal ambivalent jegens de structuurontwikkeling, omdat zij daarbij zowel iets te winnen als te verliezen hebben (zie tabellen). Structuren komen wisselend tot ontwikkeling, omdat dezelfde actoren in de drie zorgketens niet altijd dezelfde afweging maken. Die afweging verschilt soms ook in de tijd. Illustratief is de extramurale verpleeghuiszorg. De verpleeghuisartsen bij Rivas zijn met het oog op het realiseren van integrale zorg en het vergroten van hun status sterk extramuraal gaan optreden. De tijdsinvestering, die hiermee gepaard gaat, is voor hen van ondergeschikt belang. De verpleeghuisartsen van Carint en Pantein kijken daarentegen vooral naar de toenemende werkdruk. Extramurale verpleeghuiszorg komt daardoor minder goed tot ontwikkeling.

Het verloop van de ontwikkeling van verpleeghuiszorg in de verzorgingshuizen geeft een voorbeeld van de tijdsgebondenheid van deze dynamiek. Het verlies aan expertisemacht en autonomie waren in de cases redenen voor verzorgingshuizen om in beginsel geen verpleeghuiszorg in hun huizen te willen. Heden ten dage overheerst het belang dat zij hechten aan het realiseren van kwaliteit van zorg en het behoud van cliënten. Deze verschuiving in centraal gestelde belangen maakt dat bijna ieder verzorgingshuis tegenwoordig verpleeghuiszorg levert. Ook al blijft het machtsvraagstuk spelen.

8.5.1.3 Verschillende monniken overkoepelende kappen

Het ontwikkelen van structuren gaat in de cases vervolgens gepaard met een moeilijk te overbruggen spanning tussen de zorgketenbelangen en de eigenbelangen van actoren. Rivas, Carint en Pantein hebben als zorgketen eveneens belangen, middelen en macht. Vanuit het perspectief van de zorgketens staan het realiseren van integrale zorg en een krachtige financiële en strategische positie als belangen centraal. Het gaat er niet alleen om dat er genoeg cliënten in de schakels instromen en snel uitstromen, maar het gaat er ook om dat de cliënten tijdig en naadloos door de hele keten doorstromen. Niet de inkomsten en uitgaven van schakels spelen slechts een rol, maar ook of deze bij elkaar genomen de financiële situatie van de zorgketens bevorderen. Evenzo is niet meer de winst of verlies van status, autonomie, marktaandeel en expertisemacht bij één van de schakels het enige belang, maar het saldo van deze winsten en verliezen voor de zorgketens. Ook staat centraal dat de aanwezige deskundigheid, informatie en tijd tot voordeel van de zorgketens worden ingezet, ongeacht de schakel waarin dit is.

In het belang van de schakel of de zorgketen?

Actoren blijken bereid te zijn om structuren te ontwikkelen ter bevordering van de synergie en de integrale zorg in de zorgketen, maar zij vallen terug op hun eigenbelangen als deze teveel benadeeld worden. Bij de concernstructuren staat het realiseren van synergie in de zorgketens op gespannen voet met het behoud van de macht en middelen van de onderdelen. Managers en ondersteuners handelen tevens om hun handelsruimte, status en besluitvormingsmacht te behouden en te vergroten. Geen structuurontwikkeling verenigt geheel de belangen van de zorgketen en die van de onderdelen. De spanning wordt zelfs vergroot, omdat managers en ondersteuners de taak hebben om de bedrijfsvoering van hun onderdeel te optimaliseren.

Bij de ketentrajecten is de spanning groot, omdat niet alle actoren aan de zorgketen verbonden zijn. De zorginhoudelijke belangen binden hen weliswaar, maar actoren hebben met trade-offs te maken tussen het integrale zorgbelang en de strategische en financiële belangen van hun eigen organisatie of beroepsgroep. De neurologen grijpen bijvoorbeeld terug naar hun formele bevoegdheden op het moment dat de besluitvorming in MDO-en en de werkzaamheden van revalidatie- en verpleeghuisartsen hun autonomie of de bedrijfsvoering van het ziekenhuis benadelen. In de eerstelijns leidt het extramuraal optreden van intramurale professionals tot verzet bij huisartsen, extramuraal paramedici en de thuiszorg als zij daarmee aan autonomie, status, cliënten en budget verliezen. De revalidatiecentra en verpleeghuizen beroepen zich op hun expertisemacht als doorstroomcriteria negatieve consequenties hebben voor hun instroom. Woningcorporaties zijn weinig bereid om geïntegreerde voorzieningen te bouwen als dit een wissel legt op hun inkomsten. De SWO en gemeenten wijzen op hun onafhankelijke status, zodra zij aan marktaandeel en autonomie verliezen. Bij iedere structuurontwikkeling is deze spanning aanwezig. Steeds staan vooral de eigenbelangen centraal. Of zoals een medewerker van Rivas stelt: 'De verschillende zorgvormen zijn nog eilanden op zich. Zij zijn gebrand op de eigen macht en status en zij denken erg in termen van eigen domeinen en hokjes. Men heeft een

sterke gerichtheid op de eigen doelen en belangen en men maakt zich sterk voor het behoud van de eigen identiteit, positie en macht’.

Het bouwen van bruggen

Rivas, Carint en Pantein formuleren alledrie missies om het spanningsveld te overbruggen. Gedachte erachter is dat structuren beter tot ontwikkeling komen als actoren zich achter een gemeenschappelijke missie scharen. Het delen van dezelfde belangen en het inslaan van gezamenlijke richtingen zou actoren verbinden en eigenbelangen doen verdwijnen. De gedeelde mening daarbij is dat het realiseren van integrale zorg voor cliënten de basis voor al het handelen van actoren moet zijn. Of in de woorden van respectievelijk een directeur van Pantein en Carint: ‘We kunnen maar één doel dienen en dat is de klant’; ‘Je wilt het belang van de cliënt dienen. Hoe wordt het belang van de cliënt het beste behartigd? Dat staat centraal’. *Communio opinis* is tevens dat het cliëntbelang actoren verbindt, omdat zij rondom het cliëntbelang hun wederzijdse afhankelijkheid vinden. ‘Geen enkele partij kan eenzelfvuldig de juiste zorg op de juiste plaats en op hetzelfde tijdstip leveren. Integrale zorg is slechts in gemeenschappelijkheid te bereiken’, zegt een Rivasmedewerker bijvoorbeeld. In de missies van alledrie de zorgketens staat dan ook de cliënt centraal. Over de juistheid daarvan is alom consensus. Waarom kiezen actoren dan toch vooral voor zichzelf?

Actoren blijken de cliënt wel centraal te willen stellen. Het is voor hen alleen niet altijd mogelijk. De domeingebonden financiering forceert hen om eigenbelangen te laten prevaleren. Een gedeelde missie blijkt alleen kans van slagen te hebben als alle middelen samengevoegd en zorgketenbreed ingezet mogen worden. Het vraagt echter van actoren dat zij het zorgketendomein als gemeenschappelijk domein gaan herdefiniëren en zich met de zorgketen gaan identificeren. Na decennia van verkoking is dit geen eenvoudige opgave. Een Rivasmedewerker licht toe dat medewerkers jarenlang in dienst zijn geweest van bijvoorbeeld de thuiszorg. Zij identificeren zich met deze organisatie. Hun rol is om binnen die organisaties en binnen de daar gestelde doelen te werken. Het zal lang duren voordat medewerkers hiervan afstappen en zich gaan identificeren als Rivasmedewerker en het Rivasdoel als een gedeeld doel gaan zien. Daarbij blijft altijd een spanningsveld tussen het gemeenschappelijke doel en eigen doelen te blijven bestaan. Actoren moeten hun eigen doelen blijven nastreven om te overleven en intern kwaliteit van zorg te leveren. Helemaal overbrugbaar is het spanningsveld daarom nooit.

8.5.2 Relaties tussen actoren: het reguleren van interdependenties

De actoren in de cases hebben elkaar nodig om structuren te ontwikkelen. De wijze waarop actoren hun afhankelijkheid reguleren blijkt van invloed te zijn op de ontwikkeling van structuren. Deze invloed voltrekt zich langs twee dimensies: de invloed van veranderingen in percepties van de relaties en de invloed van dominante interdependentiepatronen.

Vriend of vijand of onzichtbaar?

In de cases blijken structuurontwikkeling beïnvloed te worden door de percepties die actoren van hun relaties hebben. De ontwikkeling van structuren vraagt in principe van actoren dat zij zich wederzijds afhankelijk van elkaar voelen en deze afhankelijkheid op symbiotische wijze reguleren. Of om daadwerkelijk samen structuren te ontwikkelen of om anderen op hun domein toe te laten. In de cases reguleren actoren hun interdependentie echter ook op competitieve wijze. Daarbij blijven actoren zich soms onafhankelijk van elkaar voelen, waardoor zij niet met elkaar interacteren.

Gegeven de voornoemde wisselende belangen is dit niet verbazingwekkend. Het ligt voor de hand dat actoren met tegengestelde belangen eerder concurreren en zij die hun belangen verenigd zien eerder samenwerken. Aan de basis van deze interactiepatronen blijkt echter meer te liggen. Hoe actoren hun interdependentie reguleren hangt tevens af van de actor met wie zij hun interdependentie moeten reguleren. Zien zij de andere actor als concurrent, als samenwerkingspartners of zien zijn de andere actor niet staan. In de drie cases maken actoren op basis van dit onderscheid verschillende keuzes.

De verschillende percepties van waaruit de thuiszorg en de verzorgingshuizen hun afhankelijkheid reguleren illustreert deze dynamiek. Bij Rivas ervaren de thuiszorg en de Rivas-verzorgingshuizen elkaar als concurrenten. Tussen hen bestaat een competitieve interdependentie. Bij Carint werken de thuiszorg en de verzorgingshuizen daarentegen onafhankelijk van elkaar. Zij reguleren hun interdependentie niet. De thuiszorg kan zich veroorloven om deze houding jegens de eigen Carinthuizen in te nemen, omdat zij beide onder Carint ressorteren. Maar met de niet Carint-verzorgingshuizen gaat de thuiszorg wel de concurrentie aan. Bij Pantein werkten de thuiszorg en de verzorgingshuizen volop samen toen zij zich symbiotisch interdependent van elkaar positioneerden. In die tijd ontwikkelden zij samen vele dagvoorzieningen, geïntegreerde zorg in woningen en plannen voor integrale teams. Toen de thuiszorg zich niet bij Pantein aansloot gingen de thuiszorg en de verzorgingshuizen hun interdependentie echter op competitieve wijze reguleren. De ontwikkeling van structuren op de grensvlakken van deze organisaties is sindsdien van de baan. Omdat Pantein en de thuiszorg elkaar echter toch ook als samenwerkingspartners blijven zien, zoeken zij naar wegen op hun interdependentie opnieuw op symbiotische wijze te reguleren.

Een tweede voorbeeld is te vinden bij de samenstelling van de MDO-en in ziekenhuizen. Bij Pantein zit geen verpleeghuisarts in het MDO, omdat de neuroloog en revalidatiearts niet van deze afhankelijk menen te zijn om de uitstroom te regelen. Bij Carint, waar wel van een symbiotische afhankelijkheid wordt uitgegaan, nemen alledrie de medici aan het MDO deel. Bij Rivas zijn de neuroloog en verpleeghuisarts elkaar als concurrenten gaan zien. Vanwege het competitief reguleren van hun interdependentie heeft de verpleeghuisarts het MDO moeten verlaten.

Vaststaande interdependentiepatronen: eens en voor altijd vriend of vijand

De wijze waarop actoren hun interdependentie reguleren blijkt niet altijd aan verandering onderhevig te zijn. Integendeel: sommige actoren reguleren hun interdependentie op vaststaande wijze. Tussen de actoren is sprake van een dominant interdependentiepatroon. Deze dominantie blijkt enerzijds historisch gegroeid te zijn. De ontwikkeling van structuren gaat in de cases weliswaar gepaard met nieuwe afhankelijkheden tussen actoren, maar actoren houden vast aan de 'oude' patronen. De ontstane concurrentie tussen Rivas en de DeltA-huizen of tussen Carint en Trivium maakt bijvoorbeeld dat zij ook nu met elkaar concurreren rondom de verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen. Deze actoren werken, zoals besproken, bewust niet of niet meer samen. Het opgeven van onafhankelijkheid blijkt actoren in onze cases eveneens parten te spelen. Illustratief is dat de woningcorporaties bij het bouwen van complexen "vergeten" dat zij hierbij rekening hebben te houden met de mogelijkheden van zorgaanbieders om aldaar zorg te leveren. Zij bouwen zonder af te stemmen naar eigen inzicht woningen.

De dominantie van interdependentiepatronen komt voorts tot uitdrukking in het feit dat actoren de wijze waarop zij hun interdependenties bij een structuurontwikkeling reguleren vertalen naar een andere ontwikkeling. Ongeacht of bij die ontwikkelingen andere belangen een rol spelen. Zo is hierboven meermaals besproken dat concurrentie of samenwerking onder actoren omtrent een bepaalde structuur maakt dat deze actoren ook rondom andere structuren met elkaar samenwerken of concurreren. Zo leidt de concurrentie onder paramedici bij taakspecialisatie ertoe dat paramedici ook niet met elkaar in een MDO willen zitten. Een voorbeeld van onafhankelijkheid als dominant interdependentiepatroon is bij het ziekenhuis te vinden. Omdat het ziekenhuis voor 90% onafhankelijk is van V&V opereert het ziekenhuis ook voor de overige 10% alsof het onafhankelijk is van de V&V-instellingen.

8.5.3 Omgaan met omgevingsinvloeden

De structuurontwikkelingen blijken vervolgens beïnvloed te worden door de wijze waarop actoren omgaan met omgevingsinvloeden. In de cases zijn vele structuurontwikkelingen niet los te zien van veranderingen in de sociaal-politieke, demografische en economische omgeving. De vergrijzing, nieuwe financieringsregels en politieke aandacht voor kostenbeheersing en samenhang in de zorg zijn belangrijke impulsen voor actoren om structuren te ontwikkelen. Extramurale zorg, verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen en structuren om de doorstroom uit het ziekenhuis te bevorderen zijn hiervan slechts enkele voorbeelden. De ontwikkeling van deze structuren maakt echter tevens helder dat de wijze waarop actoren zich door deze veranderingen laten beïnvloeden mede bepalend is voor het tot stand komen van structuren. Een voorbeeld is te vinden bij de extramurale zorg door verzorgingshuizen. Rivas en Carint hebben de keuze om zich aan de omzetting van intramurale budgetten te onttrekken, omdat de thuiszorg en het verzorgingshuis onder hun concerns ressorteren. Carint laat zich door deze

omslag niet beïnvloeden. Bij Rivas is de veranderende budgettering echter een belangrijke drijfveer voor verzorgingshuizen om op het extramurale domein te opereren.

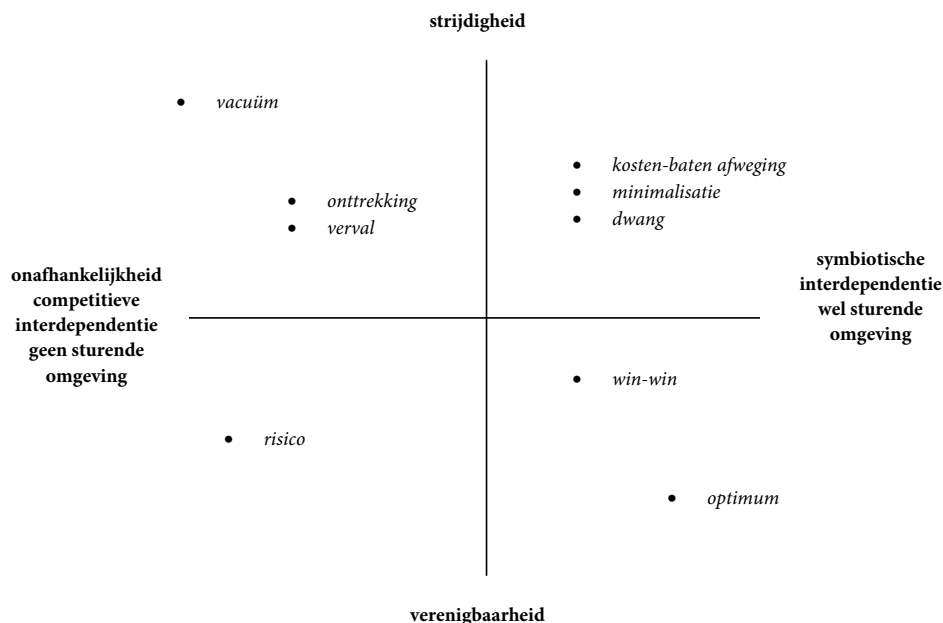
Actoren kunnen echter niet altijd zelf bepalen hoe zij met omgevingsinvloeden omgaan. Sommige zaken zijn bij wet geregeld of buiten de beïnvloedingssfeer van actoren. De ontwikkeling van sommige logistieke mechanismen wordt zoals beschreven bijvoorbeeld begrensd door de rol die indicatieorganen en de zorgkantoren bij wet hebben. Ongeacht wat de actoren hiervan vinden, altijd hebben zij met deze rol rekening te houden.

Actoren blijken zich ook te laten beïnvloeden door hetgeen in de maatschappij als legitiem wordt geacht. In de voorgaande hoofdstukken is reeds enkele malen besproken dat integratie, samenhang in de zorg en een gerichtheid op de integrale vraag belangrijke maatschappelijke waarden zijn geworden. De actoren in de cases ontwikkelen structuren om aan te sluiten bij deze waarden. Sommige structuren worden dermate vanzelfsprekend geacht of voorgeschreven door de eigen beroepsgroep, dat een actor uit de toon valt als hij deze structuur niet heeft. In hoofdstuk 7 is bijvoorbeeld besproken hoe de ontwikkeling van CVA-ketentrajecten beïnvloed is door veranderende professionele standaarden. Actoren kijken dan ook naar elkaar. Zij doen wat anderen doen. In de projectgroepen waarmee is meegelopen, bleken de projectgroepleden bijvoorbeeld altijd na te gaan wat andere organisaties aan ontwikkelingen inzetten. De eigen plannen werden hierdoor vrij sterk bepaald.

8.5.4 De besluitvormingscontext

De ontwikkeling van structuren wordt bij Rivas, Carint en Pantein tenslotte beïnvloed door de beslissingen die actoren hierover nemen. Op het kruispunt van alle voornoemde patronen staat nog steeds een besluitvormende actor. In de empirie zijn op deze kruispunten een aantal besluitvormingsalternatieven te herkennen (zie figuur 8.1).

Structuren komen nauwelijks tot stand in een context waarin actoren strijdige belangen hebben, concurreren of onafhankelijk van elkaar zijn en de omgeving het ontwikkelen niet voorschrijft of stuurt. In deze context bevindt zich het **vacuüm**. Het ontwikkelen van structuren is nauwelijks aan de orde. Deze situatie deed zich in de cases voornamelijk in het verleden voor. Vanuit dit vacuüm gaan actoren in de cases beslissingen nemen over de structuren als vanuit de omgeving nieuwe financieringsregels komen, de structuren van andere actoren aan legitimiteit winnen en de relatie met andere actoren niet alleen maar afwezig of op concurrentie gebaseerd is. Vanwege de nog steeds aanwezige strijdigheid besluiten actoren toch geen structuren te ontwikkelen als de ontwikkeling tot teveel **verval** leidt. Het niet willen integreren van de welzijnsfunctie door SWO en gemeenten, huisartsen die hun cliënten niet aan de verpleeghuisartsen willen overdragen, het tegenhouden van cliëntvolgend werken of het



Figuur 8.1. Besluitvormingsalternatieven

niet volledig decentraliseren van de ondersteunende diensten zijn hiervan voorbeelden. Hele organisaties, afdelingen en functies verdwijnen daar immers mee.

Ook **onttrekken** actoren zich aan de invloed van de omgeving. Zij passen zich omwille van hun eigenbelangen niet aan, aan hetgeen om hen heen geproclameerd en gefinancierd wordt. Voorbeelden hiervan zijn het niet leveren van extramurale zorg door de verzorgingshuizen van Carint, het niet aanleren van NDT door eerstelijns paramedici, het niet uitbesteden van de ondersteuning en het naar eigen inzicht blijven bouwen door woningcorporaties. Op de langere termijn kunnen deze onttrekkingen negatief uitpakken, omdat andere actoren de macht en middelen toebedeeld krijgen. Bij Carint zouden de niet Carinthuizen bijvoorbeeld de markt kunnen gaan overnemen. Bij Rivas krijgen niet-NDT behandelaars reeds geen patiënten overgedragen. Ook kan een actor verstoten worden, omdat het zonder de betreffende structuren aan legitimiteit verliest.

Bij een zich voortzettende sturende invloed vanuit de omgeving en wanneer de interdependentie symbiotisch wordt, beslissen actoren zowel om geen als om wel structuren te ontwikkelen. Zij hebben onder condities van strijdige belangen immers nog steeds een **kosten-baten afweging** te maken. Deze situatie doet zich gegeven de altijd aanwezige strijdigheid bij bijna alle structuren voor. Actoren besluiten in deze situatie echter toch om structuren te ontwikkelen als zij hun verliezen kunnen **minimaliseren**. Deze situatie doet zich bijvoorbeeld voor bij de keuze voor een verpleeghuis om verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen te leveren. In sommige gevallen hebben actoren echter geen keuze. Zij worden gedwongen om structuren

te implementeren of zij hebben te accepteren dat er bepaalde structuren komen. Deze **dwang** doet zich bijvoorbeeld voor bij eenduidige registraties en behoeftebepalingen vanwege de taken van de indicatieorganen en zorgkantoren, de instroom- en uitstroomcriteria als een actor daar niet bij betrokken wordt of bij een van bovenaf opgelegde keuze voor een systeem, beleidskader of managementstructuur.

In de drie zorgketens komen structuren welhaast altijd tot stand in een context van verenigbare belangen, symbiotische interdependentie en positieve omgevingsinvloeden. In deze context is sprake van een **win-win** situatie. Deze situatie doet zich regelmatig voor bij de samenwerking van alle partijen met de woningcorporaties en het decentraliseren van de beleidsvrijheid. De structuren zouden in theorie zelfs **optimaal** tot ontwikkeling komen in een context waarin het ontwikkelen van zorgketens de enige legitieme strategie is, actoren geen eigen doelen meer nastreven en alleen maar met elkaar willen samenwerken. Maar ook zonder deze utopische context komen structuren tot ontwikkeling als actoren nieuwe mogelijkheden zien om hun belangen of het zorgketenbelang te behartigen. In een omgeving waarin nieuwe structuren geen gemeengoed zijn, financieringsregels ontbreken en de relaties met andere actoren niet bestaand of op concurrentie gebaseerd zijn, nemen de actoren een **risico**. Bij vele innovaties is dit besluitvormingsalternatief te vinden. Het eerste extramurale MDO, de consultatiebureau's bij Rivas, de woonzorgboulevards bij Pantein en de grote investering in 'multichanneling' bij Carint zijn alle innovaties die zich in uitvoerbaarheid en financierbaarheid nog moeten bewijzen.

8.6 Conclusie: de invloed van belangen van actoren op structuurontwikkelingen

In dit hoofdstuk stond centraal waarom bij Rivas, Carint en Pantein soms dezelfde en soms verschillende structuren tot ontwikkeling komen. De structuurontwikkelingen zijn bekeken vanuit een perspectief op de belangen van actoren om hierin inzicht te krijgen. Besproken is dat vele belangen, macht en middelen van actoren op het spel staan. Of zij structuren ontwikkelen hangt daardoor af van:

- de strijdigheid en verenigbaarheid van hun belangen;
- de prioriteit die een actor aan zijn verschillende belangen geeft;
- de strijdigheid en verenigbaarheid van de belangen van actoren en die van zorgketens;
- de wijze waarop actoren hun interdependentie reguleren;
- de wijze waarop actoren met invloeden uit de omgeving omgaan;
- de wijze waarop actoren beslissingen nemen.

De verschillende afwegingen, die actoren op deze zes dimensies maken, leiden tot verschillen in concern- en ketentrajactstructuren in de zorgketens. Het ontwikkelen van structuren is een complex proces, omdat alle afwegingen een rol spelen en in de tijd veranderen. De ontwikke-

Processen van integratie en fragmentatie van belangen		
Processen waarbij de belangen van actoren respectievelijk gaan overeenstemmen en uiteenlopen.		
deelprocessen	dimensies	invulling
Processen van integratie en fragmentatie rondom zorgketenbelangen: processen waarbij de belangen van actoren respectievelijk verenigbaar en strijdig raken met de belangen van de zorgketen.	zorgketenbelangen	<u>belangen</u> : zorginhoudelijke, strategische, financiële <u>middelen</u> : geld, cliënten, personeel, informatie, tijd. <u>macht</u> : expertise, status, autonomie, marktaandeel.
Processen van integratie en fragmentatie rondom eigenbelangen: processen waarbij de eigenbelangen van verschillende of eenzelfde actoren respectievelijk onderling verenigbaar en strijdig raken.	eigenbelangen zelfde actor eigenbelangen verschillende actoren	
Processen van integratie en fragmentatie rondom interdependenties: processen waarbij actoren hun interdependenties respectievelijk symbiotisch en niet of competitief reguleren.	interdependentie-patronen	geen interdependentie symbiotische interdependentie competitieve interdependentie
Processen van integratie en fragmentatie rondom omgevingsinvloeden: processen waarbij actoren zich respectievelijk aanpassen of afsluiten voor structuurbevorderende omgevingsinvloeden.	omgevingsinvloeden	sociaal-politieke, demografische, economische, legitimerende invloeden
Processen van integratie en fragmentatie rondom beslissingen: processen waarbij actoren respectievelijk ten voordele en ten nadele van de structuurontwikkeling beslissen.	besluitvormings-alternatieven	onttrekken, verval, kosten-baten, dwang, risico, minimalisatie, win-win, optimum.

Tabel 8.4. Processen van integratie en fragmentatie van belangen

ling van zorgketens gaat daardoor gepaard met processen van integratie en fragmentatie van belangen (zie tabel 8.4).

Rivas, Carint en Pantein hebben continu rekening te houden met alle afwegingen en veranderingen daarin. De zorgketens richten zich echter voornamelijk op de dimensie 'strijdigheid en verenigbaarheid van de belangen van actoren en die van de zorgketen'. Het formuleren van missies, waarin de zorgketenbelangen centraal staan, is bij hen de overheersende strategie om actoren te binden aan ontwikkelingen. Deze strategie is enigszins begrijpelijk. Het delen van de zorgketenbelangen neutraliseert theoretisch de overige invloeden. Actoren hebben geen redenen meer om de eigenbelangen centraal te stellen, te concurreren met partners in de keten, ketenbevorderende omgevingsinvloeden te negeren en tegen het ontwikkelen te beslissen.

Behalve dat het ondenkbaar is dat alle actoren het zorgketenbelang centraal zullen stellen, is het een vraag of deze strategie afdoende is. Ook zorgketens hebben eigen domeinen. In een regio zal altijd met andere zorgketens moeten worden geconcurrereerd om te kunnen overleven.

Ook bij de wenselijkheid van de strategie zijn vraagtekens te zetten. Een zorgketen is zo sterk als de zwakste schakel. Een gerichtheid op de eigen professie of organisatie is nodig om de schakels sterk te houden. De focus op de zorgketen zou ten koste kunnen gaan van de aandacht voor de schakels. Het behartigen van de belangen van de eigen professie of organisatie is daarbij een belangrijke motivatie voor actoren om te innoveren. Het is een vraag wat in zorgketens de impuls wordt om beter te presteren als eigen winsten of verliezen slechts een fractie vormen van het totale gewin.

Tenslotte zijn vraagtekens te zetten bij de juistheid van de veronderstelling dat gedeelde belangen, macht en middelen, symbiotische afhankelijkheid en het delen van het zorgketendomein de basis vormen voor ontwikkelingen. Klopt het dat actoren dan altijd structuren zullen ontwikkelen of speelt er meer mee?

Sociale relaties en de ontwikkeling van zorgketens

9.1 Inleiding

Actoren blijken slechts gedeeltelijk op basis van hun belangen te bepalen of zij samen structuren ontwikkelen. Ook de aard van de sociale verhoudingen tussen hen speelt een rol. Wat vinden en voelen zij van en voor elkaar? Staan zij voor elkaar open of mogen ze elkaar niet? In het theoretische kader is deze relatie geduid. Daarin is tot uitdrukking gebracht dat de ontwikkeling van zorgketens gepaard gaat met processen van sociale integratie (positieve intensivering van relaties) en processen van sociale fragmentatie (negatieve intensivering van relaties). Positieve sociale verhoudingen bevorderen de ontwikkeling van structuren, terwijl negatieve sociale verhoudingen deze belemmeren.

Het is op zich evident dat sociale verhoudingen van invloed zijn op de welwillendheid van actoren om samen te werken. Toch leggen respondenten hier veel nadruk op, omdat zij door de implementatie van concern- en ketentrajectstructuren in contact komen met een verscheidenheid aan professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten uit andere organisaties. Het aantal medewerkers met wie betrekkingen worden onderhouden neemt bovendien toe door de omvang van de zorgketens. De manager, die zijn professionals en ondersteuners zo goed kende, bevindt zich door het centraliseren en decentraliseren ineens in een wereld van vreemden. Evenzo deelt een ondersteuner met de centralisatie en vorming van teams zijn kamer met ondersteuners uit andere organisaties. Ver weg van zijn oud-collega's, ondersteunt hij voor hem onbekende professionals en managers. Professionals krijgen niet alleen met nieuwe managers en ondersteuners te maken. Zij komen in contact met nieuwe professionals door de ketentrajectvorming. Allen hebben sociale relaties met elkaar op te bouwen. Oude contacten worden daarbij verbroken.

Dit hoofdstuk handelt over deze nieuwe relaties en de invloed daarvan op de ontwikkeling van structuren. Centraal staat waarom, hoe en welke (veranderingen in) sociale verhoudingen een rol spelen bij de ontwikkeling van structuren? In dit hoofdstuk wordt betoogd dat de ontwikkeling van zorgketens inderdaad gepaard gaat met processen van sociale integratie en fragmentatie, maar dat positieve relaties de structuurvorming niet altijd bevorderen en

negatieve relaties de vorming van structuren niet altijd belemmeren. Sociale verhoudingen en belangen beïnvloeden daarbij in samenhang of actoren wel of geen structuren ontwikkelen.

Het hoofdstuk is opgebouwd langs de aspecten, die uit een analyse van de opvattingen van de respondenten, de aard van de sociale verhoudingen blijken te bepalen. In paragraaf 9.2 staat het aspect kennis centraal, in paragraaf 9.3 het aspect (on)gelijkwaardigheid en in paragraaf 9.4 het aspect persoonlijke banden. In paragraaf 9.5 wordt geconcludeerd hoe sociale verhoudingen een rol spelen bij de ontwikkeling van structuren en hoe sociale verhoudingen en belangen deze in samenhang beïnvloeden.

9.2 Het belang van kennis

Kennis blijkt naast belangen de ontwikkeling van de structuren bij Rivas, Carint en Pantein te beïnvloeden. Respondenten spreken enerzijds over kennis in de betekenis van informatie over de werkzaamheden, het aanbod en de expertise van medewerkers in de zorgketen. Anderzijds gaat het om het kennen van personen. In deze paragraaf wordt de invloed van kennis besproken. In de paragrafen 9.2.1, 9.2.2 en 9.2.3 ligt het accent respectievelijk op de kennis onder professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten.

9.2.1 Kennis onder professionals

Kennis onder professionals is van invloed op de ketentrajectvorming. Het is volgens een zorgmanager van Carint daarom belangrijk 'dat je elkaar ook goed moet leren kennen en moet weten wat een eenieder kan'. Het kennen van professionals en het hebben van informatie over de aard van het werk, het aanbod en de deskundigheid heeft meerdere functies.

De meervoudige functie van kennis voor structuurontwikkelingen

Het belang van kennis wordt al zichtbaar aan het begin van de ketentrajectvorming. Deze wordt bemoeilijkt als professionals niet weten wat zij voor elkaar kunnen betekenen. Zo stelt een directeur van Pantein: 'Wat is de wereld waar de verpleegkundige in het ziekenhuis werkt, wat is de wereld waar de verpleeghuisarts werkt. Als je dat niet van elkaar weet dan kun je ook geen afspraken maken hoe je je processen kunt verbeteren'. Voor professionals ontbreekt zelfs een aanleiding om structuren te ontwikkelen als zij niet weten wat een ander doet en aan aanbod of expertise heeft. Kennis is daarbij nodig om ontwikkelingen te laten slagen. Steeds blijkt dat structuren niet goed van de grond komen als professionals te weinig van elkaar weten. Illustratief is dat cliënten verkeerd worden doorgestuurd of overgedragen als professionals kennis ontberen. 'Nu stuurt het ziekenhuis nog te vaak verkeerde mensen door. Dat krijg je pas opgelost als je meer van elkaar weet', zegt een verpleeghuisarts van Pantein. Bij de woonzorgboulevards en integrale teams blijkt het essentieel te zijn dat de betrokken actoren van elkaar weten wat zij aan werkzaamheden verrichten en hoe hun expertise op elkaar aansluit. In de drie zorgketens wordt (als laatste

voorbeeld) het belang van kennis van coördinerende functionarissen benadrukt. Het lukt in de zorgketens niet goed om zorg te coördineren als deze functionarissen onvoldoende kennis hebben over het werk van de verschillende professionals in het ketentraject.

Het hebben van kennis blijkt vervolgens de relaties tussen professionals te optimaliseren en conflicten te voorkomen, omdat kennis tot wederzijds begrip en onderling vertrouwen leidt. Of actoren samenwerken of in conflict geraken hangt dus niet alleen af van de belangen, waarover in het vorige hoofdstuk is gesproken. De conflicten rondom taakspecialisatie en die tussen ziekenhuizen en V&V worden hier als illustratie genomen. In hoofdstuk 8 is besproken dat domeinoverlap tussen paramedici tot conflicten leidt en taakspecialisatie bemoeilijkt. Bij Rivas is de domeinstrijd tussen ergotherapeuten en fysiotherapeuten echter verdwenen toen zij gingen begrijpen wat de ander voor de cliënt kon betekenen. 'In het begin was er domeinoverlap met de fysio', vertelt een ergotherapeut, maar 'nu weet men van elkaar wat het verschil is en wie waar meer deskundigheid heeft. De disciplines vullen elkaar nu aan'.

Gebrek aan kennis over elkaar houdt daarentegen de domeinstrijden in stand. Bij Carint bevechten de thuiszorg en maatschappelijk werkers elkaar bijvoorbeeld rondom de psychosociale ondersteuning. Thuiszorgmedewerkers willen hun cliënten niet aan maatschappelijk werkers overdragen, omdat zij niet weten dat maatschappelijk werkers meer expertise op dit terrein hebben. Zij hebben er geen vertrouwen in dat hun cliënten goed geholpen worden. De slechte relaties tussen het ziekenhuis en V&V zijn in de zorgketens eveneens, naast belangen, gebaseerd op vormen van ergernis en onaardigheid, omdat over en weer gebrek aan kennis is. Een verpleegkundige van de Zorgschakel (keten Carint) bespreekt: 'Er is onderling wrevel, omdat men van elkaar niet weet wat men doet'. Door deze negativiteit zijn het ziekenhuis en V&V minder geneigd om samen structuren te ontwikkelen.

Het kennen van individuen blijkt ook een uitwerking te hebben op structuurontwikkelingen. Professionals die elkaar kennen, nemen makkelijker contact op, begrijpen elkaar beter en pakken sneller zaken op. Bij Rivas maken de persoonlijke netwerken van zorgcoördinatoren het bijvoorbeeld mogelijk om zaken te regelen en professionals aan MDO-en te laten deelnemen. Het kennen van personen is in de drie zorgketens vaak zelfs een eerste stap in de ketentrajectvorming. Zo stelt een verpleeghuisarts van Pantein: 'Om dingen met andere organisaties voor elkaar te krijgen moet je eerst zorgen dat mensen je leren kennen en vandaaruit met kleine stappen de samenwerking steeds verder uitbouwen'.

De functie van structuren voor het verkrijgen van kennis

Rivas, Carint en Pantein achten het belang van kennis dermate groot dat zij bewust op kennismaking aansturen. Een stafmedewerker van Pantein stelt dat een nieuw autonoom proces moet ontstaan, waarbij mensen elkaar op natuurlijke wijze weten te vinden. 'Zoals nu afdelingshoofden binnen één organisatie ook contact met elkaar opnemen om zaken te verbeteren'. Het

tijdelijk uitwisselen van personeel en het verstrekken van informatie zijn hiervoor populaire mechanismen. Deze aansturing op kennismaking werkt maar mondjesmaat. ‘Er werd gehoopt dat door het overspoelen met informatie over de andere bedrijfsonderdelen er kennis over elkaar ontstond en een soort begrip zou ontstaan. We hebben over het hoofd gezien dat mensen alleen informatie tot zich nemen als ze er iets mee kunnen en als ze daar voor open staan’, aldus een stafmedewerker van Pantein. Medewerkers blijken vooral in de dagelijkse praktijk kennis over elkaar op te doen. In de zorgketens is het verzorgingshuispersoneel bijvoorbeeld bekend geraakt met het werk en de expertise van verpleeghuispersoneel door de ontwikkeling van verpleeghuiszorg. Het heeft hen doen inzien wat zij voor elkaar konden betekenen. Voor de relatie tussen het ziekenhuis en het verpleeghuis geldt hetzelfde. Zo vertelt een verpleeghuisarts bij Trivium: ‘Voordat de overbruggingsafdeling er was, was er veel onbekendheid over en weer tussen het ziekenhuis en het verpleeghuis. Nu is dat stukken verbeterd. De toegang tot elkaar wordt makkelijker, je leert samenwerken’. Ook MDO-en en integrale teams blijken een voedingsbodem voor kennismaking te zijn. Zo stelt een zorgmanager van Carint: ‘In het kader van de integratie is dat heel aardig, want je bespreekt daar casuïstiek met mensen uit de thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen. Mensen raken dus met elkaar in gesprek’. Voorbeelden zijn er te over. Iedere structuur die medewerkers met een verschillende disciplinaire of institutionele achtergrond bijeenbrengt, bevordert de kennismaking.

9.2.2 Managers: ken uw zorg

Structuurontwikkelingen worden tevens beïnvloed door de kennis van managers over de primaire processen. Managers hebben kennis nodig over het werk, het aanbod en de expertise in de verscheidene zorgsectoren om beleid te maken, integraal te managen en ketentrajecten te ontwikkelen.

Problematisch in zorgketens is dat deze allround kennis in beginsel afwezig is, omdat managers vaak jarenlang één zorgvorm hebben aangestuurd. Een thuiszorgmedewerker van Rivas vertelt treffend hoe weinig managers over andere zorgvormen weten: ‘Bij de eerste kennismaking met de andere managers in de regio gingen allerlei termen over tafel, waar ik niks van begreep. Wanneer ik zelf iets over de thuiszorg vertelde keek iedereen me met hele lege blikken aan. We wisten gewoon bijna niks over elkaar!’. Een RvB-lid van Carint vertelt dat het niet makkelijk is om een sector te managen als je oorspronkelijk niet uit die sector komt. Het maakt het moeilijk om goed beleid te vormen en het juiste te ontwikkelen. Managers varen in het begin noodgedwongen blind op wat zij weten. Ontwikkelingen gaan daardoor gepaard met conflicten onder managers en professionals, omdat managers bij gebrek aan kennis beleid formuleren en activiteiten inzetten, die slecht uitvoerbaar zijn. De slechte aansluiting tussen het centrale beleid en de wensen op de werkvloer, waarover in de voorgaande hoofdstukken is gesproken, wordt voor een deel door dit gebrek aan kennis veroorzaakt. Problemen rondom de afstemming tussen V&V en ziekenhuizen zijn eveneens een illustratie van deze invloed van kennis. Het gebrek

aan kennis van ziekenhuismanagers over de werkzaamheden van V&V maakt dat zij beleid en mechanismen implementeren, die loodrecht staan op hetgeen V&V kan en wenselijk acht. Omgekeerd leidt gebrek aan kennis onder V&V-managers over de noden en mogelijkheden van het ziekenhuis tot problemen in de stroomlijning van zorg. Onder managers is weinig coullance voor deze 'foutieve' beslissingen. Veelal ontbreekt het besef dat zij allen net zo weinig over elkaar weten.

Managers krijgen met de tijd echter steeds meer kennis over de diverse primaire processen. De regionalisering heeft het in de zorgketens niet alleen nodig, maar vooral ook mogelijk gemaakt voor managers om kennis te verwerven. 'Nu wordt er samen overlegd en samen gekeken wat de mogelijkheden zijn. Men weet elkaar nu te vinden, men weet van elkaar waar men naartoe wil, er is meer begrip voor elkaar en men beseft dat iedereen in hetzelfde schuitje zit', aldus een Rivasmedewerker. Bij Rivas bieden de vele overlegvormen tussen managers dezelfde mogelijkheden om kennis op te doen. Managers bij Carint en Pantein hebben daarbij bewust taken gekregen in voor hen onbekende gebieden om te bespoedigen dat zij zich de benodigde kennis eigen maken. 'Zo zijn we bekend geraakt met elkaars organisaties. Maar andersom ook, men raakt aan jou gewend', aldus een RvB-lid van Carint.

9.2.3 Nieuwe kennisvelden voor de ondersteuning

Rondom de ondersteuningsstructuren is kennis een reden voor het falen of welslagen van de stroomlijning binnen de ondersteuning en tussen het management, de ondersteuning en de primaire processen.

De juiste lijnen kennen

Het realiseren van synergie tussen het management, de ondersteuning en de primaire processen enerzijds en het realiseren van efficiëntie in de ondersteuning anderzijds leiden in de zorgketens tot welhaast onverenigbare kennisvereisten. Het is een strijdigheid, die zich voltrekt rondom het persoonlijk kennen van ondersteuners. Het kennen van ondersteuners is van invloed op de kwaliteit van de ondersteuning en het gemak waarmee zaken geregeld kunnen worden. Het complexe in zorgketens is dat iedere structuur een positieve en negatieve invloed heeft op deze persoonlijke banden.

Het centraliseren van de ondersteunende diensten gaat gepaard met het doorbreken van lang bestaande persoonlijke banden tussen managers en professionals enerzijds en ondersteuners anderzijds. Managers en professionals raken hun bekende contactpersoon kwijt door de herplaatsing van ondersteuners naar een centrale locatie of een herverdeling van hun taken. Het doorbreken van persoonlijke lijnen leidt in beginsel tot problemen, omdat managers en professionals niet meer weten bij wie ze moeten zijn en minder gemakkelijk zaken kunnen regelen. Zo stelt een zorgmanager van Carint bijvoorbeeld: 'Het is allemaal veel lastiger nu. Ik

loop tegen dingen aan waarbij ik eerst moet zoeken, omdat ik niet weet waar ik moet zijn. Ik heb dat ik mensen aan de lijn heb of mailtjes krijg en denk “wie ben jij dan?”. Vroeger had je één persoon en die wist alles’.

Het decentraliseren van de ondersteuning heeft als voordeel dat managers en professionals een vast team als aanspreekpunt hebben, maar als nadeel dat de lijnen binnen de ondersteuning worden doorbroken. Een hoofd ondersteunende dienst van Pantein vertelt bijvoorbeeld over op locatie werkende ondersteuners: ‘Ik ken die mensen absoluut niet. Ik zou niet weten wie ik daar zou moeten bellen’. Het niet kennen van ondersteuners leidt in zorgketens tot problemen bij de afstemming of het doorvoeren van beleid, systemen en werkwijzen.

Bij Rivas, Carint en Pantein ontstaan informele schaduwcircuits om de imperfectie van beide structureringsvormen te overbruggen. Managers wenden zich tot hun oude contacten om het gewenste snel geregeld te krijgen. Het bypassen van de officiële lijnen leidt echter tot conflicten onder managers. Het verkrijgen van ondersteuning wordt afhankelijk van bondjes en vriendendiensten in plaats van een eerlijke verdeling.

Nieuwe werkvelden kennen

De kennis van ondersteuners over zorgvormen beïnvloedt voorts de stroomlijning van systemen en diensten op de integrale primaire procesgang. Ondersteuners hebben (evenals managers) in beginsel vaak alleen kennis over één zorgvorm. Bij Rivas, Carint en Pantein ontstaan conflicten als de ondersteuning niet aansluit bij de wensen van professionals en managers. Illustratief is de frictie tussen managers en ondersteuners rondom de harmonisatie van gegevens. Deze ontstaat, omdat, zoals een Rivasmanager zegt: ‘Je kunt niks met die uitdraaien, omdat die niet passen bij de gegevens die je nodig hebt en bij de gegevens die er verzameld worden’. Het gesteggel onder managers over wie de ondersteuning in zijn integrale pakket mag opnemen, is hieraan direct gerelateerd. Managers gebruiken het gebrek aan kennis bij ondersteuners als argument om de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning op zich te nemen en de ondersteuning in teams te decentraliseren.

Het decentraliseren van teams blijkt inderdaad kennisbevorderend te werken. Een sectordirecteur van Carint zegt hierover: ‘Zo’n team is opgebouwd uit mensen uit de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Die breng je bij elkaar. Die wisselen kennis uit. Als jij mij wat van jou vertelt, vertel ik wat van mij’. Decentralisatie en integraal management leiden echter tot nieuwe kennisproblemen. De zorgmanagers moeten kennis opdoen over de ondersteuning om de teams te kunnen aansturen. Een Carintgroepdirecteur vertelt te ervaren dat hij van alles moet weten over de ondersteunende werkzaamheden en de systemen nu hij integraal verantwoordelijk is. Frictie ontstaat, omdat ondersteuners geen begrip hebben voor het gebrek aan kennis bij managers.

De centralisatie en harmonisatie in de ondersteuning worden tenslotte beïnvloed door de kennis van ondersteuners over elkaars werkwijzen en systemen. De problemen bij de vorming van een afdeling P&O bij Carint (zie hoofdstuk 6) werden bijvoorbeeld voor een deel veroorzaakt door kennisachterstanden bij ondersteuners. Het niet kennen van systemen en werkwijzen leidde zowel bij Rivas, Carint als Pantein zelfs tot conflicten onder ondersteuners. Door de onbekendheid met andere systemen en werkwijzen verdedigden ondersteuners de eigen systemen en werkwijzen.

Tot besluit

Het leren kennen van werkvelden en het leren kennen van personen is een proces van lange adem bij Rivas, Carint en Pantein. Het vraagt van medewerkers dat zij nieuwe netwerken van betrekkingen opbouwen en zich de kneepjes eigen maken van andere werkvelden. Dat kost tijd. De omvang van de zorgketens vereenvoudigt deze opgave niet. De vele medewerkers en producten van de zorgketens maken het moeilijk om de benodigde kennis op te doen. Medewerkers verwerven deze kennis weliswaar met de tijd en zij leggen ook nieuwe contacten, maar vooralsnog overheerst de wederzijdse onbekendheid: ‘De verschillende zorgvormen zijn eilanden die weinig van elkaar weten (Rivasmedewerker)’; ‘Wat doet een thuiszorg eigenlijk, wat doen wij in een verzorgingshuis of verpleeghuis. Je merkt dat men dat eigenlijk niet weet’ (zorgmanager Pantein).

9.3 (On)gelijkwaardige waardering

Actoren handelen bij gebrek aan kennis op basis van gevoelens over de waarde van het werk van anderen. De structuurontwikkelingen worden bij Rivas, Carint en Pantein beïnvloed door deze gevoelens van (on)gelijkwaardigheid. In deze paragraaf wordt belicht hoe deze invloed zich voltrekt. Waar komen die gevoelens van (on)gelijkwaardigheid vandaan? Wat behelzen zij? Hoe wordt de ontwikkeling van structuren erdoor beïnvloed? En kunnen de gevoelens veranderen?

9.3.1 De zorgpiramide

De gevoelens van ongelijkwaardigheid vloeien voort uit een historisch gegroeide hiërarchie onder organisaties. In deze hiërarchie neemt het ziekenhuis een koppositie in, gevolgd door het verpleeghuis, het verzorgingshuis en de thuiszorg. Het bestaan van de hiërarchie is inherent verbonden aan het verschil in opleidingsniveau van medewerkers in de verschillende organisaties. De hiërarchie beïnvloedt de beelden die medewerkers van elkaar hebben. De hiërarchie wordt echter bestendig, omdat actoren de beelden, bij gebrek aan kennis over elkaar, continu reconstrueren. Deze beelden belichamen hoe (on)gelijkwaardig actoren over elkaar denken en oordelen.

Het werk van ziekenhuismedewerkers is in deze beelden dynamisch, technisch ingewikkeld, spectaculair en levensreddend, terwijl het werk bij V&V, in extremo gesteld, niet meer is dan ouderen wassen en aankleden en zorgen dat ze niet wegllopen. Een medewerker uit het Maas-ziekenhuis zegt hierover: ‘Het verpleeghuis is, misschien een beetje oneerbiedig, toch meer mensen bezighouden en zorgen dat ze goed vooruit kunnen en toch wat minder innovatief’. Het ziekenhuis meet zich vanuit deze beeldvorming een bepaalde superioriteit aan, terwijl V&V het gevoel wordt gegeven dat het ‘een lager aan de wal geraakt iets is (zorgmanager Pantein)’.

Binnen V&V blijkt het verpleeghuis zichzelf een bovengeschatte rol toe te bedelen. Het verpleeghuis neemt een denigrerende houding aan jegens verzorgingshuizen op basis van het beeld dat het verzorgingshuis weinig meer doet dan steunkousen aantrekken, helpen met eten en spelletjes doen. Dat verzorgingshuizen afhankelijk zijn van verpleeghuizen om verpleeghuiszorg te ontwikkelen, bevestigt voor actoren de juistheid van dit beeld. Het verzorgingshuis blijkt echter, samen met het verpleeghuis, geen altijd even schoon beeld van de thuiszorg te hebben. Medewerkers in deze instellingen voelen zich verheven boven de thuiszorg, omdat zij cliënten met een complexere problematiek verzorgen. Een Carintgroepdirecteur zegt hierover: ‘Het verpleeghuis doet geringschattend over de professionaliteit van de thuiszorg. Het verpleeghuis denkt echt dat ze hoogcomplex zorg lopen te verlenen, terwijl het in de thuiszorg niet anders is’. Het feit dat de thuiszorg cliënten naar deze instellingen overdraagt en het extramuraal werken van de intramurale instellingen dragen bij aan die beeldvorming. Beide activiteiten worden ondernomen als de zorgzwaarte van cliënten de mogelijkheden van de thuiszorg overstijgt. Bij de thuiszorg is daarentegen sprake van een omgekeerde zorgpiramide. De thuiszorg plaatst zich als meer professionele en cliëntgerichte organisatie boven de intramurale instellingen. Een thuiszorgmanager bij Carint stelt dat de thuiszorg innovatiever en beter in staat is om zaken op te pakken en verantwoording te nemen. Zowel bij Rivas, Carint als Pantein spreken sommige thuiszorgmedewerkers minachtend over de wijze waarop intramuraal wordt omgegaan met cliënten. Zo vindt een thuiszorgmedewerker van Rivas de intramurale instellingen oubollige en aanbodgerichte instituten, die wel zeggen cliëntgericht te zijn, maar die als het puntje bij het paaltje komt zelf bepalen wat bewoners mogen en krijgen.

9.3.2 De invloed van de beeldvorming op de ontwikkeling van structuren

Bij Rivas, Carint en Pantein blijkt de beeldvorming in de praktijk te leiden tot afwijzend gedrag onder professionals, managers en ondersteuners. Deze actoren zien het geenszins zitten om samen te werken met inferieur of superieur geachte professionals, managers en ondersteuners. Het ontbreekt aan wederzijds respect en waardering om samen te werken. De medewerker die stelt ‘als de één zich beter voelt dan de ander, dan belemmert dat de samenwerking. Door de voorin genomenheid neemt men geen contact met elkaar op en wil men niks met elkaar opbouwen’, kan dan ook op zeer veel steun rekenen. In de cases zijn vele uitingen van deze ketenbelemmerende dynamiek te vinden. Ter illustratie worden slechts enkele voorbeelden gegeven.

Het ontwikkelen onder condities van ongelijkwaardigheid: voorbeelden

Medewerkers van Rivas, Carint en Pantein voeren de problemen bij het afstemmen van taken tussen het ziekenhuis en V&V bijvoorbeeld terug op het *dédain* dat men voor elkaar en elkaars werkwijzen heeft. Als reden voor het moeizame proces rondom de toelating van verpleeghuispersoneel in het ziekenhuis vertelt een verpleeghuisarts van Rivas: 'Die mensen van de neurologie hadden zoiets van met die verpleeghuiszorg wil ik niets te maken hebben'. Problemen rondom het afstemmen van zorg binnen V&V worden tevens steeds verklaard vanuit een gebrek aan waardering en respect voor elkaars kennis en kunde. In alledrie de zorgketens verzetten verpleegkundigen zich bijvoorbeeld tegen de taakverbreding van verzorgenden en het overdragen van cliënten. Zij menen dat verzorgenden de nieuwe taken en cliënten niet aankunnen. De ervaren ongelijkwaardigheid tussen de thuiszorg en intramurale instellingen werkt eveneens contraproductief. De samenwerking wordt zeer voorzichtig aangepakt. 'Je moet toch altijd heel voorzichtig zijn hoe je dingen gaat aankaarten en niet zo van goh bij de thuiszorg is alles beter, want dat werkt heel frustrerend voor andere partijen. Het is wel heel duidelijk een aandachtspunt dat je zelf niet te overheersend wordt en alleen maar van 'wij doen' en de 'thuiszorg is goed', vertelt een thuiszorgmanager van Carint.

In de ondersteuning wordt de centralisatie en decentralisatie beïnvloed door gevoelens van boven- en ondergeschiktheid. Een hoofd van een ondersteunende dienst bij Rivas vertelt dat twee ziekenhuismanagers bij de samenvoeging zo neerbuigend en disrespectvol naar anderen handelden, dat er mannen in tranen waren en het onmogelijk werd om samen de ondersteunende dienst op te zetten. De receptionistes en koks uit het ziekenhuis wilden daarbij, volgens het hoofd, niet in decentrale teams werken, omdat zij zich zoveel meer waard voelden dan anderen.

Onder zorgmanagers kleurt de zorgpyramide op gelijke wijze de verhoudingen. Het bepaalt hoe serieus managers elkaar nemen en hoe welwillend zij zijn om werkzaamheden af te stemmen. Zo vertelt een regiomanager van Rivas dat het voor een manager als een stap neerwaarts werd ervaren toen deze van manager thuiszorg ineens manager van een aantal verzorgingshuizen werd. Een Carintgroepdirecteur vertelt in conflict te zijn geraakt met een collega uit de thuiszorg, omdat deze meende dat wat hij intramuraal deed in een achternamiddag te doen was. Samen aan tafel afstemmen over gezamenlijk beleid zat er daardoor even niet in. Een clustermanager bij Pantein bespreekt dat de hiërarchie tussen de zorgvormen in de beleidsbepalingen tot uitdrukking komt: 'Het ziekenhuis staat helemaal boven aan de ladder en dan krijg je het verpleeghuis en dan krijg je de verzorgingshuizen'. Goed samen beleid maken is daardoor niet eenvoudig.

Echter: enige scherpte in de sociale verhoudingen blijkt ook functioneel te zijn. Het is een impuls om zich voor ontwikkelingen in te zetten en resultaten te boeken. Alleen maar aardig en het met elkaar eens zijn, slaat vernieuwing ook lam, volgens enkelen.

Verbeterde beelden

De gevoelens van ongelijkwaardigheid zijn hardnekkig. Ze bestaan te lang. ‘Het zit er zo ingebakken. Dat krijg je er moeilijk uit’, zegt een zorgmanager van Pantein. Onveranderlijk zijn ze echter niet. De ervaring in de zorgketens leert dat actoren beseffen hoe foutief hun beelden zijn, als zij met elkaar samenwerken. Een zorgmanager van Pantein vertelt bijvoorbeeld hoe verbaasd hij was toen hij vanuit het ziekenhuis met het verpleeghuis ging samenwerken en zag hoe complex de zorg daar was. Pas toen besepte hij hoe verkeerd zijn beeld van het verpleeghuis was. Omdat structuren om samenwerking vragen, is de ontwikkeling van structuren wederom van grote invloed. Het conflict van de twee Carintgroepdirecteuren, waarover hierboven geschreven is, is bijvoorbeeld verdwenen toen beide, met de omslag naar een Carintgroepstructuur, zowel intramurale zorg als thuiszorg gingen managen. De directeur vertelt dat zijn collega erachter kwam dat het werk in een verpleeghuis niet in een achternamiddag te doen was. Hijzelf ervoer hoe omvangrijk en complex het werken in de thuiszorg was.

Een zorgmanager van Pantein vertelt eveneens dat de gevoelens van ongelijkwaardigheid tussen managers van het verpleeghuis en het verzorgingshuis oplosten, toen zij met de cluster-vorming samen beleid gingen maken voor de clusters. En ook bij Rivas heeft de omslag naar een regiostructuur een deel van de hiërarchie onder managers doorbroken. Gelijkwaardig acht men elkaar in de zorgketens nog niet, maar het is volgens een zorgmanager van Carint meer van ‘dat is niet hoger, lager, meer of minder, maar het is anders’.

9.4 Persoonlijke fit en mis-fit

In zorgketens kunnen de sociale verhoudingen tussen individuen niet worden veronachtzaamd. Het realiseren van structuren staat of valt tevens met de persoonlijke klik of mis-fit tussen personen. Twee Carintgroepdirecteuren stellen treffend hoe belangrijk dit is: ‘In de ketenzorg kun je een heleboel dingen regelen, maar het hangt ervan af hoe personen met elkaar omgaan. Kunnen die goed met elkaar door de bocht dan is het perfect geregeld, dan gaat er niks mis. Maar hebben ze geen band met elkaar of is er ruzie of kunnen ze elkaar niet leien, dan moet je eens kijken wat voor ellende je krijgt. Veel van de samenwerking staat of valt met poppetjes. Het lukt, omdat mensen goed met elkaar door één deur kunnen’.

Het blijkt sterk van de karakters van personen af te hangen of zij positieve of negatieve persoonlijke banden smeden. Liggen de types elkaar of niet? De persoonlijke banden tussen bestuurders hebben een grote rol gespeeld bij de fusies tot de drie zorgketens (zie hoofdstuk 5). Ook nu zijn deze banden en de banden tussen andere medewerkers in de zorgketens van invloed op structuurontwikkelingen. Een Carintgroepdirecteur stelt hierover dat collegialiteit en vriendschappen ertoe leiden dat zaken snel geregeld kunnen worden. De coördinatiemomenten worden beperkt, omdat men het eerder eens is met elkaar over in te slagen wegen. Dit geldt voor alle niveaus in de zorgketens. Het karakter van managers komt daarbij tot uitdruk-

king in hun managementstijlen. Managers denken en werken verschillend. Hun stijl bepaalt of zij goed met andere managers kunnen samenwerken. De conflicten onder de regiomanagers van Rivas, waarover in hoofdstuk 8 is gesproken, blijkt voor een deel hieruit voort te komen. Een Rivasmanager vertelt zelf de werkstijl te hebben om top-down een avontuurlijk plan neer te zetten om vervolgens medewerkers te gaan overtuigen om het plan uit te voeren. Hij werkt niet graag samen met collega-managers die bottom-up denken en werken met heldere stapsgewijze processen. Met één van hen is hij zelfs in conflict geraakt. De negatieve relaties zijn echter niet alleen maar belemmerend. In de zorgketens komen soms juist innovaties tot stand doordat personen in debat met elkaar raken.

Het ontwikkelen van positieve persoonlijke banden is niet altijd eenvoudig. Slechte relaties zijn moeilijk te doorbreken. Zo vertelt een medewerker van één van de zorgketens dat tussen twee managers altijd een slechte verhouding is geweest. Nog steeds is het zo dat als de één 'ja' zegt, de ander 'nee' zegt, omdat ze elkaar niet mogen. Het creëren van persoonlijke banden met nieuwe collega's vraagt ook om tijd. 'Ik ben bang dat ik nooit diezelfde verbondenheid zal voelen met mijn collega's zorgmanagers in de Carintgroep als met mijn thuiszorgcollega's. Misschien dat ik over 10 jaar anders denk, maar ik zie het niet zo één, twee, drie veranderen', vertelt een thuiszorgmanager van Carint.

De omvang van zorgketens speelt medewerkers daarbij parten. Enige fysieke nabijheid blijkt nodig te zijn om persoonlijke banden te ontwikkelen. De professionals, managers en ondersteuners, die met elkaar moeten gaan samenwerken, werken echter vaak niet op dezelfde locatie. Managers en professionals zijn verspreid over de regio's en de ondersteuners werken veelal op afstand door de centralisatie. In het jaarverslag 2002 (2003) van Pantein is te lezen hoe belangrijk fysieke nabijheid is: 'Het blijkt steeds weer dat fysieke nabijheid van sleutelfunctionarissen een voorwaarde vormt voor natuurlijke samenwerking'. Een sectordirecteur van Carint vertelt dat het decentraliseren met teams wel de voorwaarden biedt om die relaties op te bouwen. 'Je werkt dan niet meer voor die en die kas, maar voor Kees of Piet. Mensen hebben een gezicht en dat maakt alles uit', geeft hij als reden. Een gevoel van verbondenheid leidt niet alleen tot positieve relaties. Het blijkt ook naast de aanwezigheid van positieve relaties van belang te zijn. Een zorgmanager van Pantein stelt hierover: 'Ik kan met iedereen opschieten, maar op de een of andere manier mist de samenhang, mist de uitstraling van we staan er met zijn allen voor. Ook daarom komt samenwerking niet van de grond'.

Vriendschappelijke banden leiden in zorgketens echter ook tot problemen. Reeds hierboven is beschreven dat het opzoeken van oude contacten in de ondersteuning een negatieve keerzijde heeft. Het opzoeken van deze 'maatjes' om zaken voor elkaar te krijgen pakt negatief uit, als anderen het gevoel krijgen dat er bondjes worden gesloten. De 'vrienden' kunnen weliswaar goed met elkaar samenwerken, maar ten aanzien van derden kan deze band tot wantrouwen of een machtsblok leiden. Een Carintgroepdirecteur vertelt bijvoorbeeld over een beleidsstuk dat

met argusogen werd bekeken, omdat drie elkaar zeer goedgezinde managers het stuk hadden geschreven. Men vertrouwde het niet. Bij Rivas vertelt een regiomanager dat het soms al een verloren zaak is om iets voor te stellen, omdat je weet dat een ander, die veel vrienden heeft, tegen is. Een andere manager vertelt dat in zijn eigen regio twee managers het hele beleid dicteren, omdat zij ‘twee handen op één buik zijn’.

Ondanks deze negatieve invloed van goede persoonlijke relaties, is de mis-fit tussen personen een groter gevaar voor het realiseren van structuren. Bij Rivas, Carint en Pantein wordt besproken dat er soms niets anders op zit dan te wachten totdat nieuwe personen komen als personen niet samen door één deur kunnen.

9.5 Conclusie: sociale verhoudingen en de ontwikkeling van zorgketens

In dit hoofdstuk staat de relatie tussen sociale verhoudingen en de ontwikkeling van structuren centraal. Paragraaf 9.5.1 vat samen waarom, hoe en welke (veranderingen in) sociale verhoudingen aan de structuurontwikkelingen gerelateerd zijn. In paragraaf 9.5.2 wordt besproken hoe sociale verhoudingen in samenhang met de belangen van actoren de ontwikkelingen beïnvloeden.

9.5.1 Processen van sociale integratie en fragmentatie in zorgketens

De structuurvorming gaat gepaard met de ontwikkeling van nieuwe sociale verhoudingen. De vele structuurontwikkelingen in zorgketens hebben tot gevolg dat professionals, managers en ondersteuners, die voorheen geen bemoeienis hadden met elkaar, in contact komen met elkaar en nieuwe relaties opbouwen. De relaties die actoren ontwikkelen kunnen positief en negatief van aard zijn en bestaande contacten worden soms verbroken. Ontwikkelingen gaan daardoor gepaard met processen van sociale integratie en fragmentatie (zie tabel 9.1).

De processen van sociale integratie lijken in zorgketens de overhand te nemen. In zorgketens wordt op sociale integratie aangestuurd en actoren raken met de tijd gewend aan elkaar. Toch kan niet geconcludeerd worden dat zich in zorgketens alleen processen van sociale integratie voltrekken. Uit de confrontaties onder actoren ontstaan ook negatieve sociale verhoudingen en actoren bestendigen bestaande negatieve relaties.

De sociale verhoudingen die reeds bestonden of uit de contacten ontstaan hebben omgekeerd een invloed op de ontwikkeling van structuren. Positieve verhoudingen bevorderen enerzijds de samenwerking die nodig is voor het ontwikkelen van structuren. Anderzijds belemmeren positieve sociale verhouding ontwikkelingen als zij die elkaar mogen en kennen met elkaar blijven afstemmen en de nieuwe lijnen omzeilen. Daarbij blijken positieve sociale verhoudingen tot conflicten te leiden, als de “vrienden” een machtsblok tegen derden vormen.

Processen van sociale integratie en fragmentatie Processen waarbij sociale verhoudingen tussen actoren respectievelijk positief en negatief geïntensiveerd raken		
deelprocessen	dimensies	invulling
Processen van integratie en fragmentatie tussen groepen: processen waarbij de sociale verhoudingen tussen actoren met verschillende institutionele achtergronden respectievelijk positief en negatief geïntensiveerd geraken.	kennis waardering respect begrip vertrouwen	aard werk aard aanbod aard deskundigheid problemen en wensen
Processen van integratie en fragmentatie tussen individuen: processen waarbij personen respectievelijk sympathie en antipathie voor elkaar ontwikkelen.	persoonlijke eigenschappen	karakter omgangsstijl

Tabel 9.1. Processen van sociale integratie en fragmentatie

De conflicten en het afwijzende gedrag, waartoe sociale fragmentatie leidt, beperken de bereidheid van actoren om het werk af te stemmen. Negatieve sociale verhoudingen blijken echter niet altijd een belemmerende werking te hebben. Structuren ontstaan als actoren gedreven worden door het overtroeven van de actoren met wie zij het niet kunnen vinden. Het ontkrachten van de ongelijkwaardigheid, het bewijzen van de waarde van een zorgvorm en het afdwingen van respect vormen eveneens krachtige impuls om structuren tot stand te brengen. Maar wat maakt een verhouding nu positief of negatief?

Actoren blijken ten eerste als individu en als groepslid sociale verhoudingen te ontwikkelen. Dit voltrekt zich langs een aantal dimensies (zie tabel 9.1). Actoren ontwikkelen als individuen sociale relaties op basis van karaktereigenschappen en omgangsstijlen. Sociale verhoudingen raken negatiever geïntensiveerd naar de mate waarin karaktereigenschappen of manieren van doen van actoren uiteenlopen. De verhoudingen raken positiever geïntensiveerd naar de mate waarin enige convergentie in karakter en omgangsstijl is. Als lid van een groep baseren actoren sociale verhoudingen op de sociale identiteit van hun organisatie van oorsprong of beroepsgroep. Niet de actor als persoon bepaalt de aard van de sociale verhoudingen, maar of deze actor een manager, ondersteuner of professional is en of deze actor uit de thuiszorg, het verzorgingshuis, verpleeghuis, ziekenhuis of welke organisatie dan ook afkomstig is. Als leden van een groep ontwikkelen actoren positieve sociale verhoudingen als zij waardering, respect en begrip hebben voor elkaar, vertrouwen hebben in elkaar, kennis hebben over elkaar en elkaar als gelijkwaardig beschouwen. Negatieve sociale verhoudingen ontstaan als er gebrek is aan waardering en kennis, disrespect, onbegrip, wantrouwen en gevoelens van ongelijkwaardigheid tussen actoren.

In zorgketens voltrekt de ontwikkeling van sociale verhoudingen zich langs alle dimensies. Het maakt dat actoren op de ene dimensie sociaal geïntegreerd kunnen zijn, terwijl op een andere dimensie van fragmentatie sprake is. De dimensies van sociale verhoudingen beïnvloeden

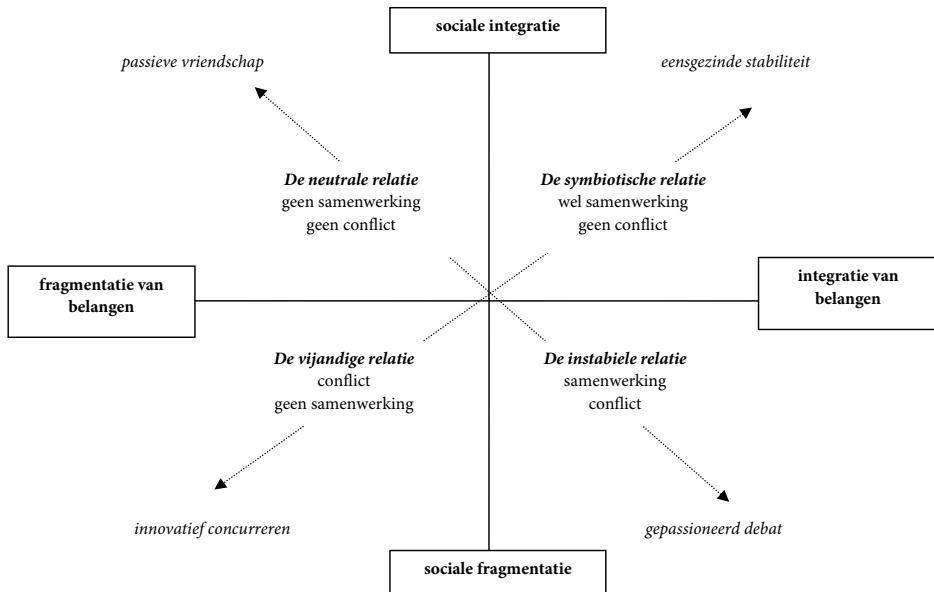
elkaar wederzijds. De persoonlijke relaties beïnvloeden het begrip en respect dat actoren voor elkaar hebben, of zij kennis willen opdoen over elkaars werkzaamheden en of zij gelijkwaardige relaties opbouwen. Respect, waardering, vertrouwen en gelijkwaardigheid beïnvloeden de ontvankelijkheid om van elkaar te leren. Kennis beïnvloedt of actoren waardering, respect, begrip en vertrouwen kunnen opbrengen. Deze wederzijdsheid maakt dat sociale verhoudingen veranderlijk zijn. Het versterkende effect maakt verandering echter moeilijk. Het vraagt van actoren dat zij gegroeide relationele patronen weten te doorbreken.

9.5.2 Ontwikkelingen als resultanten van sociale verhoudingen en belangen

Niet alle structuurontwikkelingen zijn te begrijpen vanuit een perspectief op sociale verhoudingen. Sommige structuren komen in de zorgketens niet tot ontwikkeling, terwijl actoren het prima met elkaar kunnen vinden of positieve gedachten en gevoelens jegens elkaar hebben. Andere structuren komen juist wel tot ontwikkeling, terwijl sociale verhoudingen negatief zijn. De verklaring hiervoor brengt ons terug bij het vorige hoofdstuk. Hierin is immers besproken dat belangen, macht en middelen bepalen hoe medewerkers met elkaar interacteren. Sociale verhoudingen enerzijds en belangen anderzijds blijken dan ook in samenhang met elkaar de structuurvorming te beïnvloeden. Tussen actoren zijn vier ideaaltypische relaties te onderscheiden als beide aspecten tegen elkaar worden uitgezet: de neutrale relatie, de symbiotische relatie, de instabiele relatie en de vijandige relatie (zie figuur 9.1). Ieder type relatie heeft een structuurbevorderende en structuurbelemmerende component.

In een **neutrale relatie** ontwikkelen actoren ondanks hun positieve sociale verhoudingen nauwelijks structuren, omdat zij zich niet afhankelijk van elkaar voelen en nog erg gericht zijn op de eigen belangen. Er is geen conflict en ook geen samenwerking. Actoren mogen elkaar, bejegenen elkaar positief, maar zij voelen zich nog niet afdoende aan elkaar verbonden om samen structuren te ontwikkelen. De relatie kan dermate gericht raken op de persoonlijke banden, dat behalve een vriendschap niets ontstaat. De neutrale relatie vormt aan de andere kant een voedingsbodem voor het realiseren van structuren. Actoren staan open voor elkaar en zij hebben enige kennis over elkaar. Het is mogelijk dat zij zich na verloop van tijd bewust worden van hun interdependentie. Positieve verhoudingen bleken immers een aanleiding te vormen voor het ontwikkelen van structuren. Ook de omgeving kan actoren in elkaars armen duwen. De neutrale situatie is daarmee veelbelovend als actoren bij het reguleren van hun ervaren symbiotische interdependentie positieve betrekkingen blijven onderhouden.

De symbiotische relatie die ontstaat vormt een stevige basis voor het vormen van structuren. De actoren kunnen het goed met elkaar vinden en zij scharen zich gezamenlijk achter het belang van de zorgketen. De symbiotische relatie kan echter in passiviteit ontaarden. De actoren kunnen door hun gelijkgezindheid ingesloten raken in hun eigen gedachten. Zij bieden elkaar geen tegenwicht en als bondgenoten zijn zij sterk genoeg om tegenspel af te weren. De



Figuur 9.1. Ideaaltypische relaties tussen actoren in zorgketens

ingezette activiteiten raken gericht op het handhaven van de status quo en het opzetten van meer van hetzelfde.

Door het ontstaan van structuren kan deze relatie echter veranderen. Actoren zijn zich vooraf niet altijd bewust van de impact van een structuur op hun belangen. De structuren brengen hen dicht bij elkaar, waardoor de sociale verhoudingen nieuwe vormen kunnen aannemen. Iedere personeelwisseling kan eveneens tot nieuwe verhoudingen leiden. Symbiotische relaties slaan om in neutrale relaties wanneer actoren hun gezamenlijke belang uit het oog verliezen, geen afhankelijkheid meer ervaren of als eigenbelangen te veel benadeeld worden. Structuren worden niet doorontwikkeld of weer afgebroken. De symbiotische relatie kan bij een negatieve intensivering van relaties zelfs omslaan in een **instabiele relatie**. Actoren voelen zich nog symbiotisch afhankelijk van elkaar en zij opereren nog gezamenlijk op het zorgketendomein, maar onderlinge conflicten maken het voor hen moeilijk om structuren in stand te houden of tot ontwikkeling te laten komen. Instabiele situaties doen zich vaak voor als actoren gedwongen worden om structuren te implementeren of binnen nieuwe structuren samen te werken. Ze mogen elkaar niet, maar zij moeten wel.

Het verval van structuren is welhaast onvermijdelijk als actoren de vrijheid hebben om zich terug te trekken op hun eigen bastions. Actoren geraken in een **vijandige relatie**. Niks bindt de actoren en in het ergste geval raken actoren in conflict met elkaar over de structuurvorming. De relatie tussen actoren kan ook bij een vijandige beginnen. Het is welhaast ondenkbaar dat structuren tot ontwikkeling komen onder deze condities. Alleen krachtige omgevingsinvloeden en wisselingen van personen kunnen actoren richting een instabiele of neutrale duwen.

De instabiele en vijandige relaties kunnen echter toch productief zijn. Het tegenwicht en de actieve houding, die ontbreken bij de symbiotische en neutrale relaties, zijn juist de kracht van de vijandige en instabiele relaties. Actoren in een instabiele relatie kunnen gepassioneerd debatteren over het behoud van structuren of het verbeteren van de relatie. De spanning in de vijandige relatie kan leiden tot innovatieve structuurontwikkelingen. Deze zijn niet zozeer gebaseerd op samenwerking, maar op het overtroeven van de concurrent.

Tot besluit

De aard van de sociale verhoudingen en de belangen van actoren blijken niet alleen structuurontwikkelingen te beïnvloeden. De culturen van actoren spelen hierbij eveneens een rol. Het volgende hoofdstuk handelt over dit aspect.

Culturen en de ontwikkeling van zorgketens

10.1 Inleiding

De beelden die actoren van elkaar hebben zijn niet geheel verzonnen. Zij zijn gebaseerd op de culturen in organisaties. Culturen belichamen vanzelfsprekend geworden normen, waarden, geloofsovertuigingen en assumpties. Deze dienen zich niet aan de oppervlakte aan. Zij komen tot uitdrukking in de routines, rituelen, verhalen, doelen, symbolen en structuren van organisaties (Schein, 1988). De structuren in zorgketens zijn een product van culturen. Culturen worden geborgd in structuren. Zij die anders denken en doen ontwikkelen ten tweede minder snel samen structuren dan zij die gelijkgezind zijn in hun denken en handelen.

In het theoretisch kader is de invloed van culturen tot uitdrukking gebracht door processen van culturele integratie en fragmentatie te onderscheiden. Processen van culturele integratie zijn processen waarbij waarden, normen, symbolen, werk- en benaderingswijzen van actoren met elkaar gaan overeenstemmen. Processen van culturele fragmentatie zijn processen waarbij deze uiteen gaan lopen. Culturele integratie verwijst daarmee naar de gedeelheid en consistentie in waarden, normen, symbolen, werk- en benaderingswijzen, terwijl culturele fragmentatie verwijst naar vormen van discrepantie daarin.

In dit hoofdstuk staat centraal hoe de ontwikkeling van structuren begrepen kan worden vanuit een perspectief op culturen¹. Welke culturen zijn in zorgketens te onderscheiden en hoe beïnvloeden cultuurvorming en structuurvorming elkaar? Betoogd wordt dat in zorgketens sprake is van culturele integratie en fragmentatie. Culturele integratie bevordert structuurontwikkelingen, terwijl fragmentatie de ontwikkelingen negatief beïnvloedt. Om tot culturele integratie te komen worden nieuwe culturen gevormd. Actoren gaan nieuwe waarden en normen uitdragen en symbolen construeren, die tot nieuwe werk- en benaderingswijzen moeten leiden. Parallel aan deze cultuurvorming voltrekken zich autonome processen waarbij actoren

1. Alhoewel Schein meer dimensies onderscheidt, worden in dit hoofdstuk de normen en waarden, symbolen en werk- en benaderingswijzen als dimensies centraal gesteld. Deze bleken in het onderzoek het meest dominant te zijn.

normen, waarden en werkwijzen gaan delen of juist verdeeld raken hierover. De ontwikkeling van zorgketens gaat daarom gepaard met processen van culturele integratie en fragmentatie.

In paragraaf 10.2 wordt eerst inzicht gegeven in de culturen van de organisaties, die onder Rivas, Carint en Pantein ressorteren. In paragraaf 10.3 wordt de invloed van cultuurverschillen op de structuurvorming besproken. In paragraaf 10.4 staan de culturen centraal die bij Rivas, Carint en Pantein worden ontwikkeld. Paragraaf 10.5 bevat de conclusies over de rol van cultuur van actoren in zorgketens.

10.2 Het palet aan culturen in zorgketens

Rivas, Carint en Pantein zijn verzamelplaatsen van culturen. Thuiszorgorganisaties, verzorgings- en verpleeghuizen en ziekenhuizen hebben alle eigen culturen. Deze zijn bijeengebracht met de ontwikkeling van zorgketens. In deze paragraaf wordt een beeld geschetst van de culturele diversiteit in de zorgketens. De normen en waarden komen tot uitdrukking in de wijze waarop actoren werkzaamheden verrichten en cliënten benaderen. Beide uitingsvormen staan respectievelijk centraal in paragraaf 10.2.1 en 10.2.2. In paragraaf 10.2.3 wordt besproken in hoeverre culturen stand hebben gehouden met het ontstaan van Rivas, Carint en Pantein. Zijn alle culturen nog aanwezig of heeft de zorgketenvorming geleid tot het uitdoven en domineren van bepaalde culturen.

10.2.1 De ene werkwijze is de andere niet

De cultuurverschillen van de organisaties van de drie zorgketens worden zichtbaar in de wijze waarop medewerkers werkzaamheden verrichten. Uit een analyse van het materiaal blijkt dat de aard en organisatie van het werk verschilt op de dimensies solistisch of teamgericht, zelfstandig of afhankelijk, geregeld of ongeregeld, mono- of multidisciplinair, tempo en productiegerichtheid (zie tabel 10.1).

Solistisch of teamgericht

De wijze waarop werkzaamheden worden verricht in de organisaties van Rivas, Carint en Pantein varieert van een solistische tot een teamgerichte werkwijze. De thuiszorg en de intramurale instellingen onderscheiden zich op deze dimensie van elkaar. In de thuiszorg overheerst een solistische werkwijze. Thuiszorgmedewerkers gaan alleen naar cliënten en zij verlenen zorg zonder directe interactie met andere professionals. In de instellingen verlenen medewerkers daarentegen overwegend in teams zorg aan cliënten. Het verschil in solisme en teamgerichtheid leidt tot verschillen in ontvankelijkheid van medewerkers om zich aan te passen aan de input en werkwijzen van andere professionals. In de thuiszorg is een ontvankelijke houding niet van nature aanwezig. Het solisme biedt weinig mogelijkheden voor controle, feedback en reflectie. In intramurale instellingen is deze houding meer ingebed. Medewerkers

De individualistische cultuur van de thuiszorg	De huiselijke cultuur van het verzorgingshuis	De behandel cultuur van het verpleeghuis	De zakelijke cultuur van het ziekenhuis
aard werkwijzen	aard werkwijzen	aard werkwijzen	aard werkwijzen
solistisch	teamgericht	teamgericht	teamgericht
zelfstandig	afhankelijk	semi-zelfstandig	semi-zelfstandig
ongeregeld	regelgericht	regelgericht	regelgericht
monodisciplinair	mono- en multi	multidisciplinair	monodisciplinair
gemiddeld tempo	laag tempo	laag tempo	hoog tempo
semi-productiegericht	weinig productiegericht	weinig productiegericht	productiegericht
benadering cliënt	benadering cliënt	benadering cliënt	benadering cliënt
holistisch: betrokken bij hele sociale systeem, zorg en welzijn, respect woonomgeving cliënt vraaggericht	semi-holistisch: betrokken bij bewoner en familie, zorg en welzijn, redelijk gericht op woonaspect omslaand van aanbodgericht naar vraaggericht	semi-holistisch: betrokken bij bewoner en familie, zorg en welzijn, minder gericht op woonaspect omslaand van aanbodgericht naar vraaggericht	één aspect gericht: medisch klinisch, geen aandacht woonaspect, weinig aandacht welzijn aanbodgericht

Tabel 10.1. Cultuurverschillen organisaties in zorgketens

zijn gewend om elkaar te consulteren en werkzaamheden aan te passen op basis van inspraak van anderen.

Zelfstandig of afhankelijk

Thuiszorgmedewerkers hebben door het solistisch werken een meer zelfstandige, pro-actieve en oplossingsgerichte houding dan hun intramurale collegae. ‘Je kunt niet overleggen als er een probleemgeval is. Je staat er alleen voor’, zegt een thuiszorgmedewerker van Carint hierover. Twee zorgmanagers van Carint ervaren dat intramurale medewerkers in vergelijking met thuiszorgmedewerkers minder snel zelf zaken oppakken en uitproberen en minder vaak oplossingen bedenken buiten de gebaande wegen. Dit verschil wordt door de intramurale organisaties onderkend. Zo stelt een afdelingshoofd van een verpleeghuis van Pantein: ‘In het verpleeghuis is de zelfstandigheid nog sterk aan het groeien. Nu komen ze nog dingen vragen die ze prima zelf kunnen bepalen. De alles overlegcultuur is moeilijk eruit te krijgen’. Tussen intramurale instellingen is minder overeenstemming over het verschil in zelfstandigheid. Volgens sommigen is het zelfstandig handelen in het ziekenhuis een meer ingebedde houding dan in de intramurale V&V-instellingen. ‘In het ziekenhuis heeft men de omslag gemaakt naar zelfdenkende en zelfbeslissende verpleegkundigen’, aldus een afdelingshoofd van een verpleeghuis bij Pantein. En een ziekenhuismedewerker bij Rivas zegt: ‘In een ziekenhuis zet je als verpleegkundige een behandeling in en later bespreek je of je de goede weg bent ingeslagen. In een verpleeghuis kan dat niet. Daar kijkt men of de patiënt het wel prettig vindt, of er wel overleg is geweest eerst met de paramedici. Je opereert daar veel minder zelfstandig en je bent veel meer afhankelijk van elkaar. In een ziekenhuis ben je zelfstandiger en autonomer’. Anderen ervaren het omgekeerde. Zo stelt een ergotherapeut van een verpleeg-

huis van Rivas: 'Hier doe je iets en dan vraag je achteraf aan de arts of die het nog op papier wil zetten. In het ziekenhuis heb je eerst een aanvraag nodig en kun je niks uit jezelf doen. Je bent daar veel minder autonoom'. Ook onder de V&V-instellingen is onenigheid. Zijn verzorgingshuismedewerkers initiatiefrijker, omdat zij bij gebrek aan faciliteiten voor verpleeghuisgeïndiceerden moeten improviseren? Of hebben medewerkers van de verpleeghuizen een groter creatief oplossingsvermogen, omdat zij bewoners niet kunnen doorschuiven naar andere instellingen? In beide instellingen zijn medewerkers in ieder geval gedwongen om oplossingen te zoeken met wat zij hebben.

Regelgericht of ongeregeld

De organisaties in de zorgketens worden voorts gekenmerkt door verschillen in formalisatie van het werk. In de thuiszorg is de ruimte groot om het werk naar eigen inzicht te organiseren. Het ontbreken van een organisatorische context bij het verlenen van zorg maakt dat thuiszorgmedewerkers minder gebonden zijn aan organisatorische regels. In de woorden van een medewerker van STBNO (keten Pantein): 'Je hebt hier niet direct de confrontatie met de organisatie. In een ziekenhuis heb je niet alleen met de organisatie te maken, maar ook met de afdelingsregels, met het team'. In intramurale instellingen blijken regels en procedures de leidraad te vormen voor het dagelijks handelen. Regels begrenzen de mogelijkheden om eigen verantwoordelijkheden en beslissingen te nemen. In verzorgings- en verpleeghuizen worden taken voornamelijk op basis van vooraf bepaalde lijsten afgewerkt. In de ziekenhuizen is het werk sterk geprotocolleerd en gestandaardiseerd. Met name bij Pantein zijn werkprocessen door de accreditatie geformaliseerd.

Monodisciplinair of multidisciplinair

De organisaties die onder Rivas, Carint en Pantein ressorteren onderscheiden zich vervolgens van elkaar op de dimensie monodisciplinariteit en multidisciplinariteit. Het solistische van de thuiszorg leidt tot een monodisciplinaire cultuur. Intramuraal heerst een multidisciplinaire cultuur door het teamgericht werken. De werkwijze in het verpleeghuis wordt als meest multidisciplinair gekenmerkt. In het ziekenhuis en verzorgingshuis wordt weliswaar multidisciplinair samengewerkt, maar medewerkers zijn daarbij sterk gericht op hun disciplinaire collegae. Zo stellen een verpleeghuismanager bij Pantein en een Carintgroepdirecteur dat medewerkers in het verzorgingshuis meer op het eigen monodisciplinaire team gericht zijn dan op samenwerking met andere disciplines. De van oudsher aanwezige monodisciplinaire gerichtheid maakt dat multidisciplinair werken in verzorgingshuizen nog geen gemeengoed is. 'In verzorgingshuizen is men nog niet gewend om multidisciplinair te kijken', zegt een logopedist bij Pantein bijvoorbeeld. De monodisciplinaire gerichtheid in het ziekenhuis vloeit voort uit het specialistische en complexe karakter van de zorg aan patiënten.

Hoog of laag tempo en productie

Het karakter van de zorg vormt tenslotte de basis voor een verschil in tempo en productiviteit. Gestuurd door ligduurverkortende prestaties en geconfronteerd met acute en complexe situaties verlenen ziekenhuismedewerkers in een hoog tempo kortdurend de benodigde zorg. Het werk in het ziekenhuis kent een bepaalde dynamiek, hectiek en productiegerichtheid, die contrasteert met de rust en gestadigheid van de werkzaamheden in V&V-instellingen. 'Het ziekenhuis is in deze een kort cyclisch bedrijf dat met turbosnelheid werkt', zegt een directeur van Pantein hierover, terwijl V&V 'meer een dieselorganisatie is, die wat zachter, langzamer en met meer gepraat voortschrijdt'. De thuiszorg neemt een middenpositie in. Enerzijds wordt met veel aandacht voor productiviteit gewerkt, terwijl anderzijds afdoende tijd voor cliënten wordt genomen.

10.2.2 Anders cliënten benaderen

De wijze waarop cliënten worden benaderd onderscheidt zich op de dimensies holisme of één aspect gericht en vraaggerichtheid of aanbodgerichtheid.

Holistisch of op één aspect gericht

Het verschil tussen medewerkers hoe gericht zij zijn op één aspect of alle aspecten van de totale mens. Aan de thuiszorg wordt de krachtigste holistische cultuur toebedeeld. Het ziekenhuis wordt als een organisatie met de minst holistische cultuur ervaren en de verzorgings- en verpleeghuizen worden tussen deze uitersten geplaatst.

Het verschil in holisme wordt toegeschreven aan de band die medewerkers met cliënten opbouwen, de aard van de zorg en de aandacht voor het woonaspect. Het langdurig en fysiek betreden van de leefruimte van cliënten maakt het voor thuiszorgmedewerkers vanzelfsprekend dat zij zorg verlenen met aandacht voor alle facetten van het leven van de cliënt en diens sociale systeem. Naast de zorg gaat veel aandacht uit naar het psychische en sociale welbevinden van de cliënt en zijn systeem, omdat men ziet hoe het leven van deze cliënt is en omdat men onderdeel wordt van het leefsysteem van de cliënt, aldus een medewerker van STBNO (keten Pantein). In de verzorgings- en verpleeghuizen is een holistische benadering eveneens een natuurlijke grondhouding. Cliënten wonen in de huizen en medewerkers onderhouden lange termijn betrekkingen met hen. Holisme wordt aldaar ook als na te streven handelwijze geproclameerd. Zo staat in de Beleidsnota Rivas woonzorg, locatie Steyndeld, op weg naar de 21e eeuw (Rivas, 1999) bijvoorbeeld expliciet omschreven: 'de mens wordt gezien als een psychische, somatische en sociale eenheid'. De aanwezigheid van pastoraal en maatschappelijk medewerkers benadrukt het belang dat wordt gehecht aan zorg vanuit alle perspectieven. In het verzorgingshuis is een holistische benadering daarbij sterker ingebed dan in het verpleeghuis, omdat de woningen in verzorgingshuizen meer een thuissituatie benaderen. Een zorgmanager van Pantein vertelt dat de sfeer en het werken in een verzorgingshuis daardoor dichter staat bij

de mensen dan in het verpleeghuis. 'In het verzorgingshuis wonen de mensen in hun eigen huis. Ze wonen echt thuis. In het verpleeghuis heb je een ziekenhuisidee van een gang met zusters. Het zijn qua cultuur verschillende dingen', stelt hij.

Op alle punten zijn verschillen met het ziekenhuis te constateren. In het ziekenhuis ligt de nadruk op het verbeteren van de lichamelijke toestand en weinig op het psychosociaal welbevinden van patiënten. 'In het ziekenhuis gaat het om beter worden, in het verpleeghuis gaat het om zorgen voor', stelt een ziekenhuisverpleegkundige bij Pantein. De onpersoonlijke ziekenhuiskamers en de geringe aanwezigheid van op welzijn georiënteerd personeel benadrukken de singuliere benadering van patiënten. Het korte termijn karakter van de zorg maakt het ook minder mogelijk en nodig om patiënten holistisch te benaderen. Een transferverpleegkundige in het SMT (ziekenhuis keten Carint) zegt hierover: 'Het verschil tussen de thuiszorg en het ziekenhuis is dat je een andere band hebt met de mensen, want je werkt bij de mensen thuis. Je werkt er langdurig. Je bent meer betrokken en meer zorgvuldig dan mensen uit het ziekenhuis. In het ziekenhuis zijn het veel los-vast contacten, kortdurende zorg.'

Vraaggericht en aanbodgericht

In het palet aan culturen in zorgketens is tenslotte een onderscheid in vraaggerichtheid en aanbodgerichtheid waar te nemen. Staat in de zorg de vraag van de cliënt centraal of het aanbod van organisaties? Medewerkers ervaren de cultuur extramuraal als een meer vraaggerichte dan de cultuur intramuraal. Formalisatie en de plaats waar de zorg geleverd wordt blijken fundamenteel te zijn voor het verschil. De thuiszorgcultuur is vraaggericht, omdat medewerkers bij de cliënt thuis zorg verlenen. De cliënt bepaalt wat in zijn huis gebeurt. Het is vanzelfsprekend geworden voor thuiszorgmedewerkers om rekening te houden met de autonomie van de cliënt en de regels die de cliënt stelt. 'Je moet je als gast gedragen. Je komt in de privé-situatie van een klant. En uiteindelijk bepaalt die in welke kast jij komt en in welke je niet komt', licht een medewerker van STBNO toe. Intramuraal is deze basis voor vraaggerichtheid minder aanwezig. De woning is eigendom van de instelling. De cliënt is te gast in de instelling. De regels van de instelling bepalen hoe met de leefruimte van cliënten wordt omgegaan. Zo stelt een thuiszorgmedewerker van Carint over een verpleeghuis: 'Wat mij opviel is dat directeurs daar rondliepen als ware zij de eigenaren van die instellingen. Zij stapten zomaar woningen binnen zonder te bellen. Zo'n cultuur kunnen wij ons bij de thuiszorg helemaal niet voorstellen'. Alhoewel voor bewoners in verzorgingshuizen en verpleeghuizen een thuis wordt gecreëerd, blijft het institutionele denken overheersen. Een clustermanager van Pantein vertelt bijvoorbeeld: 'Men denkt heel erg vanuit een organisatie, van wij doen het altijd op die manier. Dat roept zo'n instelling ook op. Ik kan wel zeggen van doe maar alsof je te gast bent, maar het is natuurlijk al die mensen in het wit. Nu komen de etenskarren en hop, nu moet de was gehaald worden'. Over het ziekenhuis zegt een wijkverpleegkundige van Carint: 'In de thuiszorg gaan we er altijd van uit dat de cliënt eigen baas is, eigen koning. Je probeert iemand zo onafhankelijk mogelijk te laten zijn in het nemen van zijn eigen

beslissingen. Dat wordt in een ziekenhuis nogal gauw overgenomen. Patiënten gedragen zich in een ziekenhuis ook anders. Het is de psychologie van het ziekbed.’

De aanbodgerichte cultuur blijkt geenszins te betekenen dat vraaggerichtheid intramuraal volledig ontbreekt of onbelangrijk wordt geacht. Vraaggerichtheid blijkt intramuraal slechts minder ingebed te zijn in het handelen van medewerkers. Intramuraal is de omslag naar vraaggerichtheid nog gaande. ‘De thuiszorg weet goed dat ze bij de klant thuis zijn. Die gedachte is er in de thuiszorg altijd geweest. Dat idee begint ook meer in de verpleeghuizen en verzorgingshuizen te komen, dat personeel weet dat ze het domein van de cliënt betreden’, stelt een beleidsmedewerker van Rivas. Een zorgmanager uit een verzorgingshuis van Carint vertelt hierover voorts treffend: ‘We zijn vraaggestuurd gaan werken. Je komt bij een bewoner en je zegt “ik heb een uur de tijd voor u, zeg maar wat u wilt”. Vroeger had je een lijstje en dat moest je doen in dat uur. Nu is het veel meer in contact blijven met die bewoner en vragen wat die wil’. Belangrijke impulsen voor deze verandering zijn de toename van psychogeriatrische cliënten, de emancipatie van bewoners en het belang dat in de maatschappij aan vraaggerichtheid wordt gehecht. De omslag vindt echter minder in het ziekenhuis plaats, vanwege het acute en complexe karakter van de zorg aldaar. Een beleidsmedewerker van Rivas legt uit: ‘Een vraaggerichte manier van werken komt eerder in het verpleeghuis dan in het ziekenhuis op, omdat de zorg minder complex en hectisch is. In een ziekenhuis is er veel meer aan de hand en daardoor is er veel meer een reden om in de techniek te duiken’.

10.2.3 Culturele diversiteit of dominantie

Met de fusies tot Rivas, Carint en Pantein zijn de culturen in één concern bijeengebracht. Zijn de culturen nu nog herkenbaar aanwezig in de zorgketens of zijn sommige culturen uitgedoofd, terwijl andere domineren?

Bij Rivas is geen enkele cultuur gaan domineren. Rivas als totaliteit kenmerkt zich door een mengelmoes van de culturen van de organisaties die onder Rivas ressorteren. Bij Carint drukt de cultuur van de kartrekkende thuiszorg daarentegen een stempel op de wijze waarop de bedrijfsvoering is ingericht. De solistische, zelfstandige, monodisciplinaire en weinig regelgerichte cultuur van de thuiszorg is terug te vinden in de werkwijzen van managers en ondersteuners en de grote beleidsruimte die zij hierbij krijgen. Bij Carint ontbreken centralistische kaders, die voorschrijven wat een directeur in zijn Carintgroep moet ondernemen. De vrijheid om naar eigen inzicht te innoveren past bij de vraaggerichte cultuur van de thuiszorg. Uitgangspunt bij Carint is dat managers en ondersteuners zo passend mogelijk bij de vraag van cliënten en medewerkers in de Carintgroepen activiteiten kunnen initiëren. Vraaggericht werken staat weliswaar centraal, maar in de uitwerking overheerst vooralsnog de weinig teamgerichte en monodisciplinaire cultuur van de thuiszorg. In overleggen staan, zoals besproken in hoofdstuk 6, de problemen van de verscheidene organisaties centraal. Vraaggerichtheid wordt voornamelijk gezien als binnen het eigen zorgdeel zo goed mogelijk aansluiten bij de

vraag van de cliënt. Ten aanzien van de ketentrajecten is nog weinig aandacht voor gezamenlijke overleggen of voorzieningen waar men in samenwerking met elkaar diensten levert. Het huidige aanbod is traditioneel en de lacunes in producten en diensten liggen vooral daar waar grenzen worden overschreden. Ook bij de zorgarrangementen gaat het veelal om het assembleren van diensten die door separate groepen worden geleverd. Hoe de samenhang daartussen kan worden bevorderd lijkt voornamelijk benaderd te worden als een logistiek vraagstuk en minder als een vraagstuk van multidisciplinaire samenwerking tussen professionals.

Bij Pantein, waar geen thuiszorg is, ontbreekt juist het solistische, zelfstandige en weinig regelgerichte van de thuiszorg. Daar lijkt de ziekenhuiscultuur te overheersen als gevolg van de kartrekkende rol van het ziekenhuis en het feit dat een groot deel van de staf uit het ziekenhuis komt. Het formalistische, de semi-zelfstandigheid, de monodisciplinariteit en aanbodgerichtheid van het ziekenhuis zijn te herkennen in de keuzes voor centralistisch beleid, een centralistische aansturing, het organiseren naar divisies, het voorgesorteerd gedeconcentreerd ondersteunen en het ontbreken van integrale overlegvormen binnen de clusters. Een voorkeur voor een ziekenhuiscultuur is ook te vinden in de aandacht voor het protocolleren van werkprocessen en de strakke doorvoering van TQM. Het gebrek aan holisme van het ziekenhuis is bij Pantein echter niet terug te vinden. Integendeel: het welzijn van de burger en de leefbaarheid in de regio worden zelfs breder benaderd dan een perspectief op wonen en zorg. Als maatschappelijk ondernemer is Pantein continu actief op zoek naar samenwerking met het bedrijfsleven, de gemeenten en onderwijsorganisaties om aan alle facetten van de vraag te kunnen voldoen. De rol van de bestuurder van V&V bij de fusie is in deze gerichtheid te herkennen. De zakelijkheid van het ziekenhuis is terug te vinden in de daadkracht waarmee deze banden worden gelegd.

10.3 De zwakte en kracht van cultuurverschillen

Vanuit een perspectief op Rivas, Carint en Pantein als concern zijn culturen gaan domineren of zich gaan vermengen. Vanuit een perspectief op de medewerkers is het beeld een andere. In de thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen en ziekenhuizen zijn de eigen culturen nog levendig aanwezig. Zij blijven de basis vormen voor het handelen van professionals, managers en ondersteuners. De cultuurverschillen komen aan het licht als medewerkers door de implementatie van nieuwe structuren met elkaar in contact komen. Over de impact van deze verschillen handelt deze paragraaf. Leiden de gescheiden culturele tradities tot problemen bij het ontwikkelen van die structuren of zijn zij daarvoor juist een voorwaarde?

10.3.1 Aversie tegen samenwerking

De verschillen in benaderingswijzen en werkwijzen leggen bij Rivas, Carint en Pantein een druk op de samenwerkingsbereidheid van actoren. De verschillende kijk op zaken en gebrek

aan acceptatie van benaderingswijzen, maken het voor betrokkenen lastig om met elkaar om te gaan en tot overeenstemming te komen. Culturele achtergronden beïnvloeden de samenwerking op alle niveaus in de zorgketen.

Op primair procesniveau ontstaan afstemmingsproblemen en conflicten. Over de samenwerkingsproblemen tussen de thuiszorg en het verpleeghuis in het VTZ-project, vertelt een verpleeghuisarts van Pantein bijvoorbeeld: 'Dat is een instelling, een attitude bijna, waarop je anders tegen dingen aankijkt. Pas als men elkaars zienswijzen kent, gaat de samenwerking goed'. Samenwerkingsproblemen tussen verpleeghuisartsen enerzijds en de specialisten en verpleegkundigen in het ziekenhuizen anderzijds zijn tevens een illustratie van deze invloed. Zij kunnen niet tot overeenstemming komen over de behandeling van patiënten en de wijze waarop zij met elkaar omgaan. De holistische en rustige benadering van verpleeghuisartsen botst met de medisch klinische, kort en krachtige werkwijze in het ziekenhuis. Bij Rivas raken de verpleegkundigen zelfs in conflict met de verpleeghuisarts. Zij verdragen de inmenging en behoefte aan afstemming van de verpleeghuisarts niet. De verpleegkundigen in het ziekenhuis zijn gewend om relatief autonoom te handelen. Voor verpleeghuisartsen is het vanzelfsprekend om sturend op te treden. In verpleeghuizen stellen verpleegkundigen zich afhankelijker van de verpleeghuisarts op.

Tussen managers en medewerkers en tussen managers onderling leiden bestuurlijke tradities tot problemen. Medewerkers en managers krijgen met managementstijlen te maken die loodrecht staan op wat zij gewend zijn door de implementatie van nieuwe concernstructuren. Het verschil in zelfstandigheid en formalisatie tussen de thuiszorg en de intramurale instellingen is bijvoorbeeld terug te vinden in de aansturing van managers. De losse manier van managen van directeuren met wortels in de thuiszorg is strijdig met de hiërarchische en taakgerichte stijl van managers met een intramurale oorsprong. Het aansturen vanuit de gewenning dat medewerkers initiatief nemen, verantwoordelijkheid dragen, oplossingen zoeken en met ideeën komen staat in schril contrast met het uitdelen van opdrachten aan afwachende intramurale medewerkers. De uiteenlopende stijlen en verwachtingspatronen leiden tot confrontaties tussen managers en medewerkers. Bij Carint raakt een zorgmanager thuiszorg, die nu door een intramurale Carintgroepdirecteur wordt aangestuurd, bijvoorbeeld uit haar doen, omdat zij een project moet uitvoeren, waar zij zelf geen inbreng in heeft gehad: 'De samenwerking tussen de Carintgroepdirecteur en mijzelf is heel erg zoeken. Ik raak daarvan over de klink. Ik ben dan helemaal onthand, omdat ik gewend ben zelf dingen op te pakken en te regelen'. Intramurale medewerkers hebben moeite met de minimale aansturing van managers uit de thuiszorg. Van hen wordt meer verwacht dan zij gewend zijn. Voor een Carintgroepdirecteur, die uit de thuiszorg komt, is het juist wennen dat 'ieder wissewasje in het verpleeghuis bij hem wordt neergelegd'. De verschillende wijzen waarop managers communiceren, besluiten nemen, plannen maken en medewerkers betrekken laat tenslotte ook de interactie tussen managers niet ongemoeid. Het leidt tot onderlinge spanningen, afstemmingsproblemen en irritaties.

Op het niveau van de ondersteunende diensten zijn de werkwijzen van ondersteuners door-drongen van de culturen van hun organisatie van oorsprong. Ondersteuners uit het ziekenhuis hebben een strakke manier van ondersteunen met korte, directieve en afstandelijke procedures. De ondersteuning bij V&V heeft juist een informeel en betrokken karakter. Deze verschillen in formalisatie en betrokkenheid bij cliënten leiden tot cultuurclashes bij het centraliseren, harmoniseren en integreren van medewerkers in decentrale teams. Bij Rivas was het voor ondersteuners uit het ziekenhuis bijvoorbeeld ondenkbaar dat zij in de huiskamer van een verpleeghuis met bewoners zouden koken. Zij waren gewend om in één centrale keuken te werken, ver weg van patiënten. De cultuuromslag was echter ook groot voor ondersteuners uit V&V. Zo staat in het jaarverslag uit 1999 van Rivas geschreven: 'De medewerkers die van Clara en Nieuwe Gasthuis werden overgeplaatst naar de ziekenhuiskeuken moesten wennen aan een nieuwe cultuur, waarbij in eerste instantie minder rekening kan worden gehouden met de wensen van de cliënt'. Bij het integreren van de ondersteunende diensten doet zich ook het probleem voor dat ondersteuners zich moeilijk kunnen aanpassen aan de formele of juist informele procedures. De bouwcoördinator van Rivas zegt hierover bijvoorbeeld: 'Bij het integreren van de ondersteunende diensten deed zich het probleem voor dat de verschillende ondersteunende diensten andere ideeën hadden over hoe je zaken moet organiseren. De ene organisatie was formele procedures gewend en de andere informele. Ook daarin moesten mensen naar elkaar toe groeien. Je moet gaan bespreken welke manier van werken uitgangspunt gaat worden'.

10.3.2 Aversie tegen cultuurverandering

Actoren hebben voorts een aversie tegen structuurontwikkelingen als zij daartoe hun werk- en benaderingswijzen moeten aanpassen. Het weerbarstige is dat gedrag dat jarenlang de norm is geweest moeilijk te veranderen is, terwijl vele structuren juist om een nieuwe manier van werken en denken vragen.

In de verzorgingshuizen leiden het leveren van verpleeghuiszorg en de invoering van multidisciplinaire overleggen bijvoorbeeld tot aversie, omdat medewerkers een multidisciplinaire werkwijze moeten aanleren. 'Die zeggen van we werken al jaren zo. Die moeten ineens multidisciplinair gaan werken. Daar is weerstand tegen. Dan moet ik iets nieuws gaan leren, wat schieten we ermee op, het gaat nu toch goed?', zegt een verpleeghuisarts van Pantein hierover. Het leveren van extramurale zorg blijkt tot weerstand te leiden, omdat intramurale medewerkers hun institutionele cultuur voor een thuiszorgcultuur moeten verruilen om deze zorg naar behoren te kunnen verlenen. Verzorgings- en verpleeghuismedewerkers komen immers in een setting waarin zij solistisch bij cliënten thuis werkzaamheden verrichten en betrokken worden bij het leven van de oudere. Zij staan daarmee voor de uitdaging om van hun teamgerichte, semi-holistische en aanbodgerichte werkwijze af te stappen en een solistische, op het woonaspect gerichte en vraaggerichte aan te nemen. Niet iedereen staat daarvoor open. 'Het gros van de mensen uit het verpleeghuis geeft aan graag in een team te willen blijven werken. Ze zullen echter heel anders moeten

gaan denken en omdat niet iedereen in staat is om zelfstandig te werken of in een kleiner verband te werken en omdat sommigen alleen binnen het grote gezellige geheel willen werken is dat lastig', stelt een zorgmanager verpleeghuiszorg bij Carint. Eenzelfde geldt voor de integratie van wonen, zorg en welzijn in kleinschalige woningen en de integrale teams. Deze vragen van thuiszorgmedewerkers dat zij teamgerichte en multidisciplinaire elementen in hun werkwijzen inbedden. Deze omslag is geenszins eenvoudig gegeven de onafhankelijke, monodisciplinaire en weinig ontvankelijke natuur van thuiszorgmedewerkers. 'Je ziet dat ze in de wijk echt problemen hebben met de coördinatie van zorg als het complexer wordt. Dat kunnen ze niet. Daar hebben ze geen ervaring mee. Dat is gewoon hun stijl niet, hun werk niet. In het verpleeghuis ben je gewend om met een aantal professionals te werken om ervoor te zorgen dat iedereen toch een beetje dezelfde kant opgaat. Dat is je stijl', stelt een Carintgroepdirecteur.

In de CVA-ketentrajecten moeten verpleeghuismedewerkers het klinische klimaat uit het ziekenhuis overnemen om de revalidatiefunctie naar behoren te kunnen vervullen. Zij moeten met de handen op de rug gaan werken in plaats van alles over te nemen van bewoners. De thuiszorg, die zo gewend is aan zelfstandigheid en vrijheid, moet een meer geprotocolleerde werkwijze aanleren. Het werken met NDT vraagt daarbij om een reflectieve werkwijze. Of zoals een nazorgverpleegkundige van SMT (ziekenhuis keten Carint) stelt: 'In de wijk is geen controle op hoe je de dingen uitvoert. Men leert zichzelf dingen aan en je corrigeert jezelf daar niet meer in. Met NDT is het nodig die controle wel te hebben'. De standaardisatie en protocollering in de CVA-zorg sluit niet aan bij het vraaggericht werken en zelfstandig beslissingen nemen, waaraan de thuiszorg gewend is.

Dit is slechts een greep uit vele mogelijke voorbeelden. Iedere andere structuurontwikkeling in zorgketens dan de hier geïllustreerde leidt tot aversie als medewerkers los moeten komen van hun routinematige handelen en als zij zich nieuwe handelwijzen moeten eigenmaken.

10.3.3 De kracht van cultuurverschillen

De verschillen in culturen van actoren is tegelijkertijd de kracht van zorgketens. Vanuit de cliënt geredeneerd is een diversiteit aan culturen een voorwaarde voor het realiseren van integrale zorg. De verscheidenheid aan doelgroepen en de in de tijd veranderende vraag van cliënten vereisen juist een variatie aan benaderingswijzen. Alle actoren dragen met hun culturele achtergronden bij aan het leveren van de benodigde zorg en de daarbij passende ondersteuning en aansturing. Het bestaan van verschillende culturen schept voorts de voorwaarden om benaderingswijzen van elkaar te leren en in het eigen werk te incorporeren. De zorgketens bieden als het ware de leeromgeving, die medewerkers nodig hebben om structuren te ontwikkelen en tot synergie in de zorgketen te komen. Intramurale medewerkers kunnen bijvoorbeeld leren van het zelfstandige, solistische, holistische en vraaggerichte van de thuiszorgmedewerkers als zij samen extramurale zorg en geïntegreerde woon, zorg en welzijnsvoorzieningen ontwikkelen.

Omgekeerd kan de thuiszorg leren van de multidisciplinaire kennis en kunde, het teamgericht werken en het aanpassingsvermogen van de verpleeghuizen. Alle werkwijzen die nodig zijn voor het uitvoeren van coördinerende functies en het werken in geïntegreerde voorzieningen en met multidisciplinaire mechanismen. Het tempo en de productiviteit in het handelen zijn juist de kracht van de ziekenhuismedewerkers waar V&V-medewerkers van kunnen leren. Het snel en kordaat inspelen op voortschrijdende en acute vragen van cliënten vragen daarom. Van het informele van V&V kunnen ondersteuners in de ziekenhuizen omgekeerd leren om flexibel en creatief op ondersteuningswensen te reageren.

Ondanks de kracht van cultuurverschillen, domineert de belemmerende invloed. Het ontnemen van kracht aan cultuurverschillen vraagt bij Rivas, Carint en Pantein om respect en acceptatie van de verschillende culturen. Het huidige gebrek aan aanvaarding geeft actoren de ruimte om ontwikkelingen te hinderen. Of zoals een hoofd van de ondersteunende diensten van Rivas treffend stelt: 'Respecteren dat iemand als mens anders is en kijken waar je verschillen positief op kunt inzetten. Neuzen mogen best alle kant opwaaien, want dat betekent dat je dan divers bent. Maar er moet wel respect zijn en geaccepteerd worden dat ieder zijn eigen steentje aan het totaal bijdraagt. Je moet elkaars kracht gebruiken om er iets van te maken'.

10.4 Het streven naar eenheid in zorgketenculturen

Bij Rivas, Carint en Pantein is een sterk geloof dat het ontwikkelen van een gedeelde zorgketencultuur onontbeerlijk is voor het welslagen van de zorgketenontwikkeling. Het delen van een gemeenschappelijke cultuur zou een basis zijn voor samenwerking en medewerkers het gevoel van eenheid geven, dat nodig is om binnen zorgketens te werken. Het zou maken dat medewerkers gaan denken in termen van 'wij zijn één organisatie' en hun handelen gelijkgericht afstemmen op de doelen van de zorgketen. Over dit eenheidsstreven handelt deze paragraaf. Achtereenvolgens worden het ontwikkelen, de inhoud van en de grenzen aan de vorming van zorgketenculturen besproken.

10.4.1 Het ontwikkelen van nieuwe symbolen, waarden en normen

Het ontwikkelen van een zorgketencultuur voltrekt zich ten eerste langs het formuleren van zorgketenvisies. In alledrie de zorgketens zijn visies geformuleerd om tot een gemeenschappelijk cultuur te komen. De waarden en normen, die erin tot uitdrukking komen, belichamen waar de zorgketens voor staan en hoe medewerkers behoren te handelen. Zij schrijven als het ware de gewenste werk- en benaderingswijzen voor. Ze moeten de verbindende schakel tussen medewerkers vormen, zodat in het zorgketenbelang wordt samengewerkt. Zo staat bijvoorbeeld in de Startnotitie Visieontwikkeling Carint (2000) en in de notitie Visie op Wonen, welzijn en zorg (2001) van Carint geschreven: 'Voor een goede samenwerking geeft een gedeelde visie een essentiële basis. Op basis van een gemeenschappelijke visie is het makkelijker de eigen instel-

lingsbelangen aan de kant te zetten. Uiteindelijk levert de visie een gezamenlijke taal op die door de oorspronkelijke organisaties van Carint wordt gebruikt. De visie wordt als hulpmiddel gezien om een goed functionerende zorgketen en daarmee verbonden ketenzorg te realiseren.’

In de zorgketens worden ten tweede activiteiten ontplooid en beelden geconstrueerd om uiting te geven aan de nieuwe waarden en normen en om te symboliseren dat de zorgketens een nieuwe eenheid vormen. Bij alledrie wordt onderzoek gedaan naar de culturen in organisaties, bijeenkomsten en festiviteiten georganiseerd om de nieuwe cultuur te internaliseren en figuurlijke uitingen ontworpen zoals logo's en briefpapier. Als voorbeeld wordt Rivas genomen. Bij Rivas is reeds in 1997 een onderzoek uitgevoerd naar de culturen van de werkmaatschappijen en de gewenste Rivascultuur. De resultaten van het onderzoek zijn in 1999 op de zogenoemde Tilconferentie gepresenteerd, uitgewerkt en omgezet naar een plan van aanpak. Teneinde sturing te geven aan de omwenteling naar een Rivascultuur, werd een cultuurclub opgericht met vertegenwoordigers uit de werkmaatschappijen. De concerndirectie verhuisde voorts naar 't Nieuwe Gasthuis om te symboliseren dat Rivas een eenheid was. Gemeend werd dat het vanuit psychisch opzicht van belang was dat de directie de werkmaatschappijen als werkplek verliet. Om uiting te geven aan de Rivasidentiteit kwamen in 2000 een Rivaslogo, een Rivasblad (de Rivasreporter), Rivasbriefpapier en een groot Rivasfeest. Iedere werkmaatschappij bleef in die tijd wel een eigen informatieblad, kleur en naam behouden. Achteraf gezien is dat een ongelukkige zet geweest. Omdat de werkmaatschappijen op deze wijze te lang centraal bleven staan, werd te weinig uitgestraald van 'wij zijn Rivas', aldus een manager van Rivas. De Rivasdirectie bracht hierin verandering door ten tijde van de regionalisering van Rivas niet alleen met een nieuwe visie te komen, maar ook alle symbolische uitingen te vernieuwen en te harmoniseren.

10.4.2 Elementen van een zorgketencultuur

In de symbolen en geformuleerde visies komen de nieuwe waarden en normen tot uitdrukking. Buiten deze of als uitvloeisel daarvan hebben ook medewerkers gedachten over juiste werk- en benaderingswijzen en de te delen waarden en normen, die deze handelwijzen mogelijk maken (zie tabel 10.2).

elementen oude culturen	elementen zorgketencultuur
aanbodgericht	vraaggericht
monodisciplinair	multidisciplinair
gericht op organisatieprocessen en -doelen	gericht op zorgketenprocessen en -doelen
zelfstandigheid	samenwerking
binnen grenzen werken en denken	grensoverschrijdend werken en denken
verantwoordelijkheidsgevoel voor organisatie	verantwoordelijkheidsgevoel voor zorgketen
identificatie met organisatie	identificatie zorgketen

Tabel 10.2. De nieuwe elementen van een zorgketencultuur

Vraaggerichtheid wordt als spil in het culturele web centraal gesteld. Een vraaggerichte cultuur wordt essentieel geacht in zorgketens, omdat het leveren van integrale zorg inhoudt dat passend bij cliëntvragen wordt georganiseerd. Of zoals een stafmedewerker van Pantein stelt: 'Het vraaggerichte is nodig om volgens het geïntegreerde model samen te kunnen werken'. En de bouwcoördinator van Rivas verwoordt als volgt: 'De Rivascultuur zou er als volgt moeten uitzien: dat je mensen hebt die volledig gericht zijn op het belang van degene die Rivas bedient, dus onze cliënten. Dat we ons daar maximaal voor inzetten (...) en dat strategische keuzes om dat bereiken door het management, de directie worden gemaakt en dat iedereen bij datgene wat ze doen die cliëntgerichtheid uitdraagt'. Aan vraaggerichtheid wordt een krachtig verbindend vermogen toegedicht. Het zou cultuurverschillen overbruggen en het domeindenken lamslaan. Het prioriteren van eigen domeinen en handelwijzen zou geen issue meer zijn als actoren vraaggerichtheid als element delen. Het enige dat gaat tellen is dat een cliënt wordt geholpen en wie dat doet wordt van ondergeschikt belang.

Vraaggerichtheid omvat in zorgketens meer dan het centraal stellen van de vraag van cliënten. Ook medewerkers in de zorgketen worden in deze vraaggerichtheid als klant centraal gesteld. Een klantgerichte benadering zou de synergie in zorgketens bevorderen. Een sectordirecteur van Carint licht toe dat zijn ondersteunende dienst op zoek is naar een manier waarop beter tegemoet kan worden gekomen aan de behoeften van medewerkers in de Carintgroepen en sectoren. Om goed te ondersteunen is het nodig dat ondersteuners de vraag van medewerkers doorgronden en op maat beantwoorden.

Een verschuiving naar vraaggerichtheid is, zoals beschreven, reeds binnen organisaties in zorgketens gaande. Deze cultuuromslag binnen de muren van organisaties wordt echter slechts als voorloper van de gewenste vraaggerichte zorgketencultuur gezien. In zorgketens gaat het niet om de vraag van cliënten binnen een specifieke organisatie, maar om de integrale vraag van cliënten in het gehele ketentraject. Het verlaten van aanbodgericht denken voor vraaggericht denken, gaat hand in hand met het afbreken van een institutionele gerichtheid en het opbouwen van een gerichtheid op de zorgketen. Identificatie met de zorgketen, verantwoordelijkheidgevoel voor de doelen van de zorgketen, grensoverschrijdend en procesgericht denken en werken zijn als afgeleide hiervan allemaal normen en waarden die medewerkers in de zorgketens geborgd willen zien. 'Om in een keten te werken moeten mensen procesgericht gaan denken. Minder taakgericht bezig zijn en ook over de grenzen van werksoorten heen kijken. Men moet zich meer verantwoordelijk voelen dan voor het eigen kleine deel', stelt een RvB-lid van Carint bijvoorbeeld. Bij Pantein stellen een clustermanager en directeur: 'Men moet zich meer gaan verdiepen in de procesmatige kant van de patiënt'; 'Die vraaggestuurde zorg is in de mentaliteit van ons van wezenlijk belang. Daar moeten we heel veel aan schaven en doen. Maar daar moeten die instituties voor afgebroken worden. Dus mensen moeten verder, breder kijken.'

De noodzaak om in zorgketens samen te werken maakt samenwerkingsgerichtheid tot een te delen culturele waarde. 'Het is denken in termen van er is maar één manier van werken en dat is samenwerken', stelt een directeur van Pantein bijvoorbeeld. In deze samenwerking wordt multidisciplinair denken en werken de sleutel voor het werken in zorgketens genoemd. Gegeven de gerichtheid op de integrale vraag wordt een monodisciplinaire werkwijze als onvoldoende beschouwd. Medewerkers vinden dat het een vanzelfsprekend uitgangspunt moet worden dat disciplines elkaar raadplegen en als team zorg verlenen. Het zou maken dat medewerkers gaan inzien dat ze allen onderdeel zijn van de zorgketen als geheel. Of in de woorden van een regiomanager van Rivas: 'Ik heb daar een metafoor bij: Appelmans was de bouwmeester van de Onze Lieve Vrouwe Kathedraal in Antwerpen. Hij ziet drie mannen een steen hakken en vraagt aan de eerste "wat doe jij?". Die man zegt "ik hak een steen". Hij vraagt het aan de tweede en die zegt "ik bouw een muur". Hij vraagt het aan de derde en die zegt "ik bouw een kathedraal". Om die verhouding gaat het. Hakken medewerkers een steen of bouwen zij een kathedraal? Als mensen hun eigen werk bezien vanuit de gedachte dat ze een kathedraal bouwen dan gaan ze anders kijken naar hun stukje zorg'.

10.4.3 Eenheid of verscheidenheid in zorgketenculturen

De alom volprezen kracht van een gemeenschappelijk gedeelde zorgketencultuur blijkt in praktijk nog niet de uitwerking te hebben gekregen, waarop is gehoopt en aangestuurd. In alledrie de zorgketens delen actoren nog nauwelijks de nieuwe zorgketencultuur.

Het ontbreken van een gedeelde culturele gerichtheid is te wijten aan een gebrek aan identificatie met de zorgketen. Medewerkers blijven zich meer met hun eigen locatie, beroepsgroep of team identificeren. Daar ligt hun affiniteit en loyaliteit en daar voelen zij zich op hun plek. Alles wat niet in de levenssfeer en werksfeer van mensen zit, zijn zaken waar men zich niet mee identificeert. Een uitspraak van een zorgmanager van Pantein is hiervan een sprekend voorbeeld: 'De werkvloer heeft helemaal geen benul van Pantein. Het is wel leuk dat we nu Pantein heten, maar voor de werkvloer geldt het huis waar je voor werkt en meer niet. Het zal ze een worst wezen wat er in een ander huis of in Boxmeer gebeurt. Daar waar je mee te maken hebt dat geldt. Daarbuiten maakt het ze niet uit, behalve als het ze persoonlijk raakt'.

Een gevoel van verbondenheid is ook moeilijk tot stand te brengen als actoren niet met elkaar samenwerken of als hun werkzaamheden geen raakvlakken hebben. Het is onwaarschijnlijk dat medewerkers, die weinig met zorgketenprocessen te maken hebben, culturen overdragen en gaan delen. Het lastige in zorgketens is dat niet iedere medewerker betrokken is bij deze processen. Medewerkers zien daarbij vooral het faciliterende deel van de zorgketen als de zorgketenorganisatie en niet hun eigen primaire processen. Zo stelt een rayonmanager van Rivas: 'Rivas is voor de mensen de centrale diensten en de directie en de rest is de regio. De zorg is de regio. Men wordt wel steeds meer regiominded, maar nog niet Rivasminded'. Zorgketens zijn ook dermate groot dat het voor medewerkers moeilijk is om zich één te voelen met de zorgketen. De

zorgketen blijft voor hen slechts een naam of iets dat op papier staat. De zorgketen gaat veelal pas leven als medewerkers meerwaarde ontleen aan het feit dat zij in de zorgketen bijeen zijn gebracht. Deze meerwaarde vereist dat helder is waar de zorgketen voor staat. Zo stelt een beleidsmedewerker bij Rivas: ‘De identificatie met een organisatie en het gemeenschappelijk doel dat bindend zou moeten werken zijn niet los van elkaar te zien. Mensen werken in een organisatie, omdat ze het belangrijk vinden wat die organisatie doet’.

De structuur van de zorgketens blijkt voorts een belangrijke rol te spelen. Structuren waarbij de oorspronkelijke organisaties in stand worden gehouden vormen een raamwerk voor het behoud van culturen. Bij Pantein werkt de divisiestructuur bijvoorbeeld belemmerend voor het ontwikkelen van een gemeenschappelijke cultuur. Medewerkers kunnen in de denkbeelden van de eigen organisatie blijven hangen. Geïntegreerde en gecentraliseerde entiteiten zijn daarentegen vliegwielen voor cultuurvorming. De nieuwe organisatorische entiteiten vormen het nieuwe “huis” waarmee medewerkers zich gaan identificeren. Het fysiek bijeenbrengen van medewerkers brengt ook meer teweeg dan welke symbolische uiting ooit kan bewerkstelligen. Zo geeft de centralisatie van de ondersteuning medewerkers het gevoel dat zij onderdeel zijn van een grotere overkoepelende eenheid. Bij Rivas heeft het feit dat de ondersteuning Rivasvraagstukken ging oppakken Rivas niet alleen in de beeldvorming, maar ook in de praktijk meer tot één organisatie gemaakt. En zo heeft de regionalisering in de zorgketens de koers gezet richting een integratie van culturen.

10.5 Conclusie: cultuur en de ontwikkeling van zorgketens

In dit hoofdstuk is de ontwikkeling van zorgketens bestudeerd vanuit een perspectief op de culturen van actoren. Uit de beschreven ervaringen en interpretaties van medewerkers blijkt dat de structuurvorming beïnvloed wordt door het handelen van actoren. De culturen van actoren worden omgekeerd beïnvloed door de implementatie van nieuwe structuren. In paragraaf 10.5.1 wordt geconcludeerd hoe deze wederzijdse invloed zich voltrekt. In paragraaf 10.5.2 staan de cultuurvormingsprocessen centraal, die zich parallel aan de structuurvorming voltrekken. De grenzen aan de ontwikkeling van culturen vormen het onderwerp van paragraaf 10.5.3.

10.5.1 Cultuurverschillen als bevorderende en belemmerende basis

De aanwezigheid van culturele integratie in zorgketens is een krachtige voorspeller voor het slagen van structuurontwikkelingen. Zij die tot overeenstemming komen over de culturen zijn eerder geneigd om met elkaar samen te werken en om binnen de geïmplementeerde structuren te werken. In zorgketens is in beginsel echter weinig culturele integratie aanwezig. Iedere organisatie in de zorgketen heeft een eigen cultuur. Actoren blijven de culturen van hun organisatie van oorsprong aanhangen. Toch is het bestaan van cultuurverschillen niet

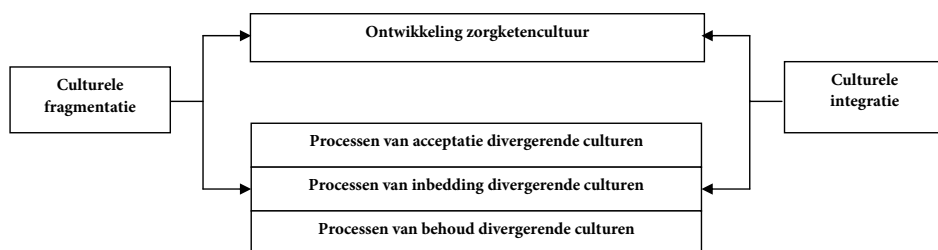
direct van invloed op de structuurvorming. Het gaat erom of actoren cultureel geïntegreerd en gefragmenteerd raken. Raken actoren verdeeld of tot overeenstemming over de wijze waarop zij horen te handelen? Zijn de eigen normen, waarden, werk- en benaderingswijzen consistent of discrepant met die van de zorgketen?

Cultuurverschillen worden tastbaar als medewerkers met elkaar in contact komen en als de structuren om nieuwe werk- en benaderingswijzen vragen. Op primair procesniveau treden cultuurverschillen op de voorgrond als professionals samen gaan werken of als zij hun werkzaamheden moeten aanpassen. Op het niveau van het management en de ondersteuning komen cultuurverschillen aan het licht als managers, ondersteuners en professionals van verschillende organisaties in contact komen met de management- en ondersteuningsstijlen uit andere organisaties en als managers en ondersteuners zich nieuwe werkwijzen moeten eigen maken. Gegeven het vele nieuwe contact en de vele nieuwe structuren in zorgketens is de zorgketenontwikkeling doordrongen van confrontaties tussen culturen. In deze confrontatie kunnen de cultuurverschillen zowel tot processen van culturele integratie als fragmentatie leiden. Deze processen verhinderen of bevorderen op hun beurt de structuurontwikkelingen. Cultuurverschillen leiden tot culturele fragmentatie als onder medewerkers onenigheid ontstaat over de juiste manier van werken, als medewerkers niet in staat zijn om zich aan andere werkwijzen aan te passen en als zij hun werkwijzen niet willen aanpassen. De samenwerking en de verandering van werkwijzen, die nodig is, komt daardoor niet van de grond. Ondanks cultuurverschillen gaat de ontwikkeling van zorgketens met culturele integratie gepaard als medewerkers wel tot overeenstemming komen, als de handelwijzen van medewerkers consistent zijn met de voor de structuren benodigde en als medewerkers open staan voor een verandering van hun werkwijzen. Cultuurverschillen zijn ook nodig om structuren te ontwikkelen, omdat zij tezamen de normen, waarden, werk- en benaderingswijzen borgen die voor het ontwikkelen van structuren nodig zijn. De verschillen werken voorts bevorderend, omdat zij het voor medewerkers mogelijk maken om van elkaar te leren.

Cultuurverschillen zijn dus van belang, maar ook een gevaar voor het ontwikkelen van structuren. Deze duale invloed leidt in zorgketens tot een dilemma: hoe kan culturele fragmentatie worden voorkomen en culturele integratie worden bewerkstelligd zonder de kracht van de culturele diversiteit teniet te doen?

10.5.2 Het dichten van de kloof tussen culturele integratie en fragmentatie

In zorgketens blijken zich drie processen te voltrekken of als wenselijk geacht te worden om de gewenste culturele eenheid en verscheidenheid in harmonie naast elkaar te laten bestaan: een proces van acceptatie van divergerende culturen, een proces van inbedding van divergerende culturen en een proces van ontwikkeling van een zorgketencultuur (zie figuur 10.1).



Figuur 10.1. Culturele integratieprocessen in zorgketens

Processen van acceptatie en inbedding van culturen

De remmende werking van cultuurverschillen wordt tegengaan en de bevorderende behouden als medewerkers culturen gaan accepteren. Acceptatie onder professionals, managers en ondersteuners voor de diversiteit aan perspectieven van waaruit wordt geredeneerd en geopereerd doet de aversie vervagen tegen samenwerking met hen die anders denken en doen. Het acceptatieproces vindt plaats door het toenemende contact tussen medewerkers en de successen rondom structuurontwikkelingen. Culturele integratie treedt op omdat medewerkers op basis van ervaringen gaan accepteren dat verschillende normen, waarden, werk- en benaderingswijzen in bepaalde situaties geëigend zijn. Culturele integratie en fragmentatie en sociale integratie en fragmentatie raken elkaar sterk op dit punt. In het voorgaande hoofdstuk is besproken dat gebrek aan kennis, waardering, respect, begrip en vertrouwen in de werkwijzen van anderen in de zorgketen tot negatieve sociale verhoudingen leiden. Dat medewerkers ongelijk in aard zijn leidde tot de gedachte dat medewerkers ongelijk in waarde zijn. Door de culturele bepaaldheid van werkwijzen vinden de sociale integratieprocessen van 'kennisnemen, gaan waarderen, respecteren, vertrouwen en begrip krijgen voor' een directe parallel in het culturele acceptatieproces.

Het accepteren van culturen maakt echter niet dat actoren zich ook andere culturen eigen maken en bereid zijn om hun werkwijzen aan te passen. Het maakt ze slechts meer open voor een mogelijke aanpassing. Zij veranderen alleen hun werkwijzen als zijn een andere dan de eigen cultuur in het werk inbedden. Het inbedden van culturen betekent geenszins dat de eigen culturen verdwijnen. Het maakt alleen dat actoren het werk op meerdere wijzen weten te benaderen.

Het ontwikkelen van een zorgketencultuur

Processen van acceptatie en inbedding hebben voornamelijk betrekking op het integreren van werk- en benaderingswijzen. In zorgketens voltrekken zich tevens integrerende processen op het niveau van de normen, waarden en symbolen. In zorgketens worden nieuwe normen en waarden centraal gesteld en symbolen geconstrueerd. Deze vormen samen een zorgketencultuur. Met het ontwikkelen van zorgketenculturen wordt beoogd te komen tot gedeeldheid in normen, waarden en symbolen, zodat medewerkers verbonden raken aan de doelen van de zorgketen. Als bindmiddel tussen actoren leidt een zorgketencultuur naar verwachting tot de

gelijkgerichtheid, die nodig is om ten dienste van de doelen van de zorgketen te handelen. Het ontwikkelen van een nieuwe cultuur is nodig, omdat in zorgketens nieuwe doelen centraal staan, die om nieuwe werk- en benaderingswijzen vragen. Met nieuwe normen, waarden en symbolen wordt beoogd tot consistentie te komen tussen de werk- en benaderingswijzen van medewerkers en de voor zorgketens benodigde. Om de structuren van zorgketens te kunnen ontwikkelen en om binnen de structuren werkzaamheden te kunnen verrichten wordt erop aangestuurd dat medewerkers zich de nieuwe cultuur eigen maken. Deze vorm van culturele integratie is dan ook expliciet gericht op sturen van het handelen van medewerkers via nieuwe waarden, normen en symbolen.

10.5.3 De grenzen aan culturele integratie

In zorgketens wordt sterk ingezet op processen van culturele integratie. Tot hoever deze integratie redelijkerwijs kan gaan is echter een vraag. De structuurontwikkelingen leiden, zoals besproken, ook tot processen van fragmentatie (zie tabel 10.3). Actoren kunnen daarbij bepaalde normen, waarden en benaderingswijzen van andere actoren gaan accepteren, terwijl zij andere verwerpen.

Processen van culturele integratie en fragmentatie		
Processen waarbij de waarden, normen, werk- en benaderingswijzen en symbolen van actoren respectievelijk gaan overeenstemmen en uiteenlopen.		
deelprocessen	dimensies	invulling
Processen van integratie en fragmentatie rondom een zorgketencultuur: processen waarbij de waarden, normen, werk- en benaderingswijzen en symbolen van actoren respectievelijk congrueren en discongrueren met die van de zorgketen.	normen en waarden	vraaggericht, multidisciplinair, gerichtheid op processen en doelen zorgketen, samenwerking, onderling vertrouwen, begrip, waardering, grensoverschrijdend werken en denken, identificatie met en verantwoordelijkheid voor zorgketen
	symbolen	fysieke uitingen (logo's, briefpapier e.d.), gezamenlijke bijeenkomsten
Processen van integratie en fragmentatie van divergerende culturen: <ul style="list-style-type: none"> • processen waarbij actoren hun culturen respectievelijk in het eigen werk gaan inbedden of als werkwijze afstoten; • processen waarbij actoren elkaars culturen respectievelijk gaan accepteren en verwerpen. 	werk- en benaderingswijzen	stijl zorg verlenen, managen en ondersteunen: solistisch en teamgericht, mono- en multidisciplinair, zelfstandig en afhankelijk, holistisch en één-aspect gericht, vraaggericht en aanbodgericht, formeel en informeel, dynamisch en gestadig.

Tabel 10.3. Processen van culturele integratie en fragmentatie

Het accepteren en inbedden van culturen zijn processen die zich alleen voltrekken als medewerkers de aversie tegen andere werkwijzen overwinnen. Bij het accepteren van culturen is het overwinnen van deze aversie het minst ingrijpend, omdat het “slechts” om een attitudewijziging jegens anders denkenden en handelenden gaat. Bij het inbedden en delen van de zorgketencultuur wordt echter van medewerkers gevraagd dat zij daadwerkelijk hun werkwijzen veranderen. De aversie lijkt bij Rivas, Carint en Pantein vooral vanuit een weerstand tegen verandering benaderd te worden, die met de tijd zal verdwijnen. De gedachte overheerst dat veranderen nu eenmaal moeilijk is voor medewerkers en tijd kost. Hierachter lijkt de veronderstelling te liggen dat het integreren slechts het toevoegen van werkwijzen aan de reeds gebezigde behelst, waarbij de werkwijzen in harmonie naast elkaar kunnen bestaan. Het proces van culturele integratie komt echter in een ander daglicht te staan als vanuit een uitgangspunt wordt geredeneerd dat de nieuwe werk- en benaderingswijzen in strijd kunnen zijn met de normen en waarden die vanuit een professie worden gedictieerd. De aversie zal dan niet zozeer gebaseerd zijn op weerstand tegen het moeten veranderen, maar op een gevoelde schending van de professionele standaarden en identiteit. Het is onwaarschijnlijk dat tijd een afdoende factor is om onder deze condities tot culturele integratie te komen.

Tijd is voor het realiseren van culturen integratie wellicht ook niet afdoende. Behalve tijd vereist culturele integratie van medewerkers dat zij open staan voor nieuwe werkwijzen en dat zij de taal, kennis en vaardigheden van anderen willen en kunnen leren. Alle basiscompetenties die niet vanzelfsprekend aanwezig zijn. Het leren van elkaar en het inzicht dat van elkaar geleerd moet worden is daarbij slechts mogelijk als medewerkers regelmatig samenwerken. Enig besef bij medewerkers dat zij onderdeel zijn van de zorgketen is nodig voor hen om culturen te delen. In zorgketens zijn altijd medewerkers aanwezig bij wie de zorgketenontwikkeling niet tot veranderingen in het dagelijks handelen leidt en die niet of nauwelijks met elkaar in contact komen. De gewenste universele culturele gedeeldheid is altijd begrensd, omdat niet alle medewerkers in de zorgketen de gevolgen en de waarde van de zorgketenontwikkeling in het dagelijks werk zullen ervaren en omdat niet alle medewerkers frequent met elkaar in contact komen. Medewerkers kiezen daarbij vaak expliciet voor een baan in een bepaalde organisatie, omdat de culturen in deze organisaties passen bij hun eigen natuur. Zij bestendigen daarmee de culturen in de organisaties. In zorgketens spelen daarom ook persoonsgerelateerde kenmerken een rol. Cultuurveranderingen hebben consequenties voor de sociale identiteit van personen.

In zorgketens wordt voorts vooral aandacht besteed aan het ontwikkelen van een zorgketencultuur vanuit de gedachte dat het delen van nieuwe normen en waarden en symbolische uitingen het handelen van medewerkers zal veranderen. Het integreren langs normen, waarden en symbolen rijmt echter niet met de aanzienlijke invloed van confrontaties van werk- en benaderingswijzen in de dagelijkse praktijk. De geringe invloed van het integreren langs waarden, normen en symbolen wordt bevestigd als gekeken wordt naar de waarden en normen die

in de gedachten van medewerkers in de cultuur centraal moeten staan en de symbolen die ontwikkeld zijn. Er is alom overeenstemming over deze waarden en normen en de symbolen worden overal geuit. Een vertaling daarvan in het handelen is echter nog nauwelijks bereikt.

De begrensdheid van culturele integratie zou tenslotte het grote goed voor zorgketens kunnen zijn. In zorgketens worden weliswaar nieuwe doelen nagestreefd, die om nieuwe werkwijzen vragen, maar in zorgketens worden tevens vele “oude” aan individuele organisatiegebonden doelen behouden, die om een bestendiging van de oude werkwijzen vragen. Ondanks dat de daartoe benodigde culturele verscheidenheid met processen van acceptatie en inbedding van culturen behouden kunnen worden, is het gevaar van deze processen wellicht dat de aandacht voor de samensmelting van culturen ten koste gaat van het behoud van separate culturen. Naast inbedding en acceptatie van culturen moet daarom ook een proces van instandhouding van divergerende culturen gepaard gaan met de ontwikkeling van zorgketens (zie figuur 10.1).

Conclusie en discussie



Conclusie en discussie

11.1 Inleiding

Het ontwikkelen van zorgketens is een belangrijke strategie geworden om de organisatie van zorg te verbeteren. Zorgketens zijn vormen van geïnstitutionaliseerde regionale of lokale samenwerking van instellingen en beroepsbeoefenaren, gericht op het faciliteren van de samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor (specifieke) patiëntencategorieën (RVZ, 1998). In 2004 telde de sector ouderenzorg 216 zorgketens. In datzelfde jaar was 57% van de verzorgingshuizen, 91% van de verpleeghuizen, 18% van de ziekenhuizen en 43% van de thuiszorgorganisaties onderdeel van een zorgketen. Sindsdien fuseren nog ieder jaar organisaties tot zorgketens. Aan de basis van de fusies ligt een cumulatie van aannames en interne en externe motieven. Zorgketens ontstaan vanuit het zorginhoudelijke motief om zorg te verlenen die past bij de integrale vraag van cliënten. Vanuit financieel oogpunt worden zorgketens gevormd om budgetten en instroom te genereren en doelmatig werken te bevorderen. Het creëren van een regisserende eenheid met zorgketens zou vanuit een beheersingsoogpunt de voorwaarden bieden om de zorgverlening en bedrijfsvoering eenduidig aan te sturen. Het is ook een strategie om een krachtige positie in het veld te verwerven. Door de handen juridisch ineen te slaan worden organisaties onderdeel van machtige conglomeraten met een sterke onderhandelingspositie. In een klimaat waarin vraaggerichtheid en efficiëntie centraal staan, zouden zorgketens organisaties legitimiteit verschaffen.

Van zorgketens wordt dus veel verwacht. Over de wijze waarop zorgketens worden ontwikkeld is echter weinig systematische kennis beschikbaar. Het gebrek aan kennis was aanleiding voor deze studie. De hoofdvraag *‘Op welke wijze verloopt de ontwikkeling van zorgketens?’* was leidraad voor een onderzoek naar de ontwikkeling van concernstructuren en keten- en trajectstructuren van zorgketens en de invloed van belangen, sociale verhoudingen en culturen van actoren daarop. In dit hoofdstuk wordt geconcludeerd en bediscussieerd hoe de ontwikkeling wordt opgepakt. In paragraaf 11.2 wordt de hoofdvraag beantwoord. In paragraaf 11.3 worden vier configuraties voor zorgketens gepresenteerd en gereflecteerd op de waarde van de zorgketenvorming. De paragrafen 11.4 en 11.5 geven een beschouwing op de gebruikte methodologie en theorie. De paragrafen 11.6 en 11.7 bevatten aanbevelingen voor wetenschap en praktijk.

11.2 De wijze waarop de ontwikkeling van zorgketens verloopt

Het ontwikkelen van zorgketens blijkt een proces te zijn dat zich over vele jaren voltrekt. Organisaties gaan eerst samenwerken op de grensvlakken van hun domeinen, beleid formuleren in netwerken en hun posities verstevigen met fusies. De kennismaking binnen de samenwerkingsverbanden en netwerken en het bestendigen van machtsposities maken de weg vrij voor fusies tot zorgketens. Het ontwikkelen van zorgketens is na de fusies gericht op het creëren van een systeem, waarbinnen de zorgverlening integraal wordt aangeboden, ondersteund en gemanaged. De zorgketenvorming gaat in deze fase gepaard met het ontwikkelen van structuren en het binden van actoren aan elkaar en de doelen van de zorgketen.

In deze paragraaf staan deze processen centraal. In paragraaf 11.2.1 wordt geconcludeerd hoe structuurontwikkelingen verlopen. In paragraaf 11.2.2 wordt geconcludeerd hoe actoren verbonden worden aan elkaar en de zorgketen. In paragraaf 11.2.3 wordt teruggegrepen naar het theoretisch kader en vanuit een conceptuele invalshoek geconcludeerd hoe processen van integratie en fragmentatie zich voltrekken. De deelvragen en hoofdvraag van deze studie worden beantwoord met de bespreking in deze paragrafen.

11.2.1 Het ontwikkelen van structuren voor zorgketens

Uit deze studie blijken zorgketens structuren te ontwikkelen om de werkzaamheden van professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten in de verschillende organisaties in de zorgketen op elkaar af te stemmen. De structuren moeten de voorwaarden bieden voor het realiseren van efficiëntie, effectiviteit, integrale zorg, specialisatie, slagvaardigheid en bestuurbaarheid in de zorgketen (zie tabel 11.1). In de bestudeerde cases blijkt sprake te zijn van een vergelijkbare procesgang. Het management, de ondersteunende diensten, het beleid en de primaire processen van de organisaties in de zorgketen worden geïntegreerd en gestroomlijnd. In samenwerking met externe partijen worden ketentrajecten ontwikkeld om cliënten een continuüm aan zorg te bieden. Op concernniveau worden nieuwe management-, ondersteunings-, beleids- en primaire processtructuren ontwikkeld. Op het niveau van de

Doelen	Omschrijving
efficiëntie	doelmatige inzet van mensen en middelen
effectiviteit	mensen en middelen passend inzetten bij het gevraagde/ benodigde
slagvaardigheid	flexibel en op maat inspelen op behoeften en ontwikkelingen in de omgeving en zorgketenonderdelen
bestuurbaarheid	eenduidig kunnen leiden, regelen en richting geven aan activiteiten
specialisatie	professionalisering en productverdieping in de zorg en ondersteuning
integrale zorg	zorg die aansluit op de integrale vraag van cliënten: de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment

Tabel 11.1. Doelen bij het ontwikkelen van structuren van zorgketens

ketentrajecten worden voorzieningen ontwikkeld, geïntegreerd en regionaal verspreid om aan te sluiten bij de integrale vraag van cliënten. De logistiek en afstemming tussen professionals wordt verbeterd door coördinatiemechanismen te implementeren en professionals nieuwe taken te geven. Echter: de vormgeving van de bestudeerde zorgketens blijkt verschillen te vertonen, ondanks deze overeenkomstige procesgang. In deze paragraaf worden de verschillen verklaard.

Prioritering doelen

Uit deze studie blijkt de vormgeving van zorgketens te verschillen, omdat er geen allesomvattende structuur is die iedere gewenste afstemming bewerkstelligt. Om te specialiseren, efficiëntiewinst te behalen en om tot bestuurbaarheid in de zorgketen te komen is het nodig om het management, de ondersteuning, het beleid en dezelfde primaire processen te integreren, terwijl het realiseren van integrale zorg, effectiviteit en slagvaardigheid om afstemming tussen deze niveaus en processen vraagt. De structuren die worden gekozen blijken af te hangen van de doelen die in een zorgketen prioriteit krijgen.

Zorgketens die bestuurbaarheid, efficiëntie en specialisatie als doelen centraal stellen, kiezen voor centralistische en functionele concernstructuren en een harmonisatie van het aanbod en systemen. Functionele en centralistische managementstructuren bevorderen het realiseren van deze doelen door de eenheid in leiding die ontstaat en de functionele expertise van managers. Centralisatie, standaardisatie en gedwongen winkelnering in de ondersteuning leiden tot de schaalgrootte en uniformering, die nodig zijn om doelmatig te opereren en medewerkers te professionaliseren. Centrale beleidskaders leiden tot de afstemming in beleid die nodig is om het handelen van actoren in de zorgketen eenduidig richting te geven en beleid op onderwerpen te verdiepen. Het onderbrengen van zorgvormen in divisies maakt het mogelijk om gelijksoortige primaire processen op elkaar af te stemmen. Divisies bieden de voorwaarden om de zorg te specialiseren, efficiënt te leveren en eenduidig aan te sturen.

Zorgketens die integrale zorg, effectiviteit en slagvaardigheid als doelen centraal stellen hebben vooral integrale en decentrale concernstructuren met ruimte voor differentiatie in de zorg en ondersteuning. Managers hebben in integrale en decentrale managementstructuren de verantwoordelijkheden om de zorg en ondersteuning passend bij de vraag vorm te geven. Decentralisatie, differentiatie in het aanbod en mogelijkheden om extern in te kopen maken het mogelijk om de zorg en ondersteuning op maat en flexibel aan te laten sluiten op interne en externe integrale behoeften. Beleidsvrijheid biedt de voorwaarden om responsief in te spelen op interne en externe ontwikkelingen en de integrale vraag van cliënten. Het regionaal integreren van zorg maakt het mogelijk om tussen zorgvormen af te stemmen en integraal aan te sluiten bij de regionale vraag.

De ketentrajecten van zorgketens met een gerichtheid op bestuurbaarheid, efficiëntie en specialisatie kenmerken zich vooral door de aanwezigheid van gestandaardiseerde, geformaliseerde en monodisciplinaire mechanismen, vormen van taakspecialisatie en geclusterde voorzieningen. In zorgketens die integrale zorg, effectiviteit en slagvaardigheid als doelen centraal stellen, genieten multidisciplinaire mechanismen, vormen van taakverbreding, coördinerende rollen, cliëntvolgende professionals en geïntegreerde voorzieningen de voorkeur. De doelen leiden tot deze gerichtheden, omdat het regionaal verspreiden en integreren van voorzieningen ten koste gaan van de schaalgrootte en clustering van cliënten en expertise, die nodig zijn voor een efficiënte en specialistische zorgverlening. Standaardisatie leidt tot efficiëntie, maar het staat op gespannen voet met het responsief inspelen op behoeften van cliënten. Het cliëntvolgend werken leidt tot effectiviteit in de zorg, maar het betekent voor professionals dat zij versnipperd over locaties zorg verlenen en tijd kwijt zijn met reizen. Het toedelen van nieuwe taken en rollen leidt tegelijkertijd tot effectiviteit en nieuwe schakels in het zorgproces. Multidisciplinaire coördinatiemechanismen bevorderen de integraliteit en effectiviteit in de zorg, maar zij trekken een wissel op de mogelijkheden om tot monodisciplinaire vakverdieping te komen. Problematisch is tenslotte dat voor ieder ketentraject aparte voorzieningen en coördinatiemechanismen worden ontwikkeld. Dit leidt tot een cumulatie van protocollen, overleggen, criteria en taken voor professionals als deze niet over de ketentrajecten heen worden geharmoniseerd. Ketentrajecten liggen ook veelal in elkaars verlengde. Het implementeren van structuren in het ene traject beïnvloedt de in- en uitstroom van cliënten en de behoeften aan zorg in een ander traject. Het uniformeren over trajecten heen leidt echter tot suboptimalisatie van de zorg binnen trajecten, omdat voor de zorgverlening aan iedere cliëntengroep deels eigen voorzieningen en coördinatiemechanismen nodig zijn. In deze studie is gebleken dat de acutheid, multidisciplinariteit en behandelbaarheid van een aandoening, alsmede de benodigde snelheid bij het behandelen voornamelijk bepalen hoe sterk het accent ligt op het realiseren van multidisciplinaire mechanismen, logistieke mechanismen om de doorstroom te bevorderen, protocollering, eenduidig behandelbeleid, clustering van patiënten en cliëntvolgendheid onder professionals.

Tijdsgebondenheid doelen

Uit deze studie blijkt de prioriteit die aan doelen wordt gegeven deels tijdsgebonden te zijn. In het begin staan bestuurbaarheid, efficiëntie en specialisatie als doelen centraal om de zorgketenonderdelen op te bouwen. De strategie is om de besturen en directies van de fuserende organisaties te integreren, de zorg in divisies te organiseren en aan te laten sturen door functionele managers, de ondersteunende diensten te centraliseren, systemen te harmoniseren en centrale beleidskaders te formuleren. Na deze 'opbouwfase' treedt een fase in van decentralisatie en integratie om responsief te kunnen inspelen op interne en externe vragen. In deze fase staan integrale zorg, effectiviteit en slagvaardigheid als doelen centraal. De zorgverlening wordt regionaal integraal georganiseerd. Managers krijgen integrale verantwoordelijkheden voor de zorg en ondersteuning en de vrijheid om beleid te maken. Het ondersteuningsaanbod

wordt gedifferentieerd en medewerkers van de ondersteunende diensten worden in teams gedecentraliseerd naar de regionale eenheden. De vormgeving van zorgketens verschilt hierdoor in de tijd van functioneel geconfigureerde zorgketens tot procesgerichte zorgketens. Tot hoever deze omslag gaat blijkt uit deze studie echter af te hangen van de mate waarin zorgketens hun gerichtheid op een beheersbare bedrijfsvoering verruilen voor het responsief inspelen op de interne en externe ontwikkelingen en vragen. Uit deze studie blijkt ook dat de ketentrajectvorming negatief wordt beïnvloedt als deze omslag te langzaam wordt gemaakt. Het gevaar van centralistische en functionele structuren is dat het management en de ondersteunende medewerkers de veranderingen op primair procesniveau niet goed kunnen volgen. In plaats van gestroomlijnd met en daarmee bevorderend voor een integrale procesgang, ontstaat een situatie waarbij de organisatie van het management en de ondersteuning de aansturing op en ondersteuning van een integrale primaire procesgang belemmeren.

Samenstelling van zorgketens

Uit deze studie blijkt de vormgeving van zorgketens ook af te hangen van het aantal en soort organisaties in de zorgketen. De samenstelling is op concernniveau van invloed op de vorming van divisies en integrale eenheden. Ziekenhuiszorg, woondiensten en de gespecialiseerde diensten van de thuiszorg worden in divisies georganiseerd, terwijl V&V-zorg in regionale eenheden wordt ondergebracht. Het hangt van het aantal organisaties af hoe integraal de eenheden zijn. De grootte van de zorgketen heeft tevens gevolgen voor de mate van decentralisatie van het management en de ondersteuning.

Het soort organisaties in de zorgketen is op ketentrajectniveau van invloed op de aanwezige voorzieningen en coördinatiemechanismen. Zorgketens met thuiszorg hebben vaker een telefonische centrale en dienstenpakketten. Het in eigendom hebben van woningen leidt tot een gerichtheid op het realiseren van goede woningen en geïntegreerde woon, zorg en welzijnsvoorzieningen. Zorgketens met welzijnsorganisaties hebben een groter aanbod aan welzijnsactiviteiten. Nieuwe voorzieningen worden vervolgens bij voorkeur met eigen organisaties en vanuit het aanwezige aanbod opgezet. Door een scheve verdeling van macht en middelen kunnen echter niet alle organisaties evenveel invloed uitoefenen op de vormgeving. Ziekenhuizen hebben een dominante rol in het CVA-ketentraject vanwege de expertisemacht van professionals en invloed op de uitstroom. Niet iedere organisatie in de regio is daarbij onderdeel van de zorgketen. De vormgeving van ketentrajecten hangt daarom af van de bereidheid van deze organisaties om bij te dragen aan de ketentrajectvorming.

De vormgeving wordt tenslotte vrij dominant beïnvloed door de organisaties die de zorgketenvorming hebben geïnitieerd. Hun culturele tradities en centraal gestelde doelen drukken een stempel op de structuurkeuzen, terwijl de systemen en procedures van de kartrekkende organisaties veelal overgenomen worden bij het harmoniseren en standaardiseren van de zorg en ondersteuning.

Institutionele context

Uit deze studie blijken de instituties in de organisaties van de zorgketen en de instituties in de regionale en landelijke omgeving de vormgeving eveneens te bepalen. Kenmerkend voor de ontwikkeling van structuren is dat de muren tussen organisaties worden geslecht. De nieuwe concernstructuren leiden ertoe dat actoren worden losgeweekt van hun organisatie van oorsprong en verantwoordelijk worden voor de bedrijfsvoering van een nieuw onderdeel en het realiseren van synergie in de zorgketen. De ketentrajectvorming maakt een einde aan de situatie waarbij actoren zich alleen op de eigen zorg kunnen richten. Zij worden samen verantwoordelijk voor het realiseren van integrale zorg.

Uit deze studie blijken deze veranderingen vele consequenties te hebben. Actoren blijken naar gelang hun organisatie van oorsprong eigenbelangen en culturele tradities te hebben. Deze worden aangetast, omdat de implementatie van structuren gepaard gaat met verschuivende domeinen en het vastleggen wie, wanneer, op welke wijze werkzaamheden verricht en beslissingen neemt. Het werken in zorgketens vraagt van alle actoren dat zij nieuwe werkwijzen leren en samenwerken met actoren die het werk en cliënten op een andere wijze benaderen. Persoonlijke banden tussen actoren worden verbroken. Zij komen in contact met nieuwe professionals, managers en ondersteunende medewerkers met wie zij persoonlijke betrekkingen moeten onderhouden. Actoren uit verschillende organisaties hebben echter weinig kennis en waardering voor het werk en de expertise in andere organisaties. Uit deze studie blijken deze kennis, waardering en verschillen in belangen en benaderingswijzen omgekeerd van invloed te zijn op structuurontwikkelingen. Actoren staan weliswaar achter het doel om de bedrijfsvoering van de zorgketen en de zorg aan cliënten te verbeteren, maar zij keren zich tegen structuren die hun belangen negatief beïnvloeden of vragen om een verandering van werkwijzen. Zij wijzen samenwerking met superieur of inferieur geachte actoren af en zij richten zich op het veilig stellen van hun belangen, posities en tradities.

Managers hebben een gerichtheid op het behoud en vergroten van de macht en middelen van het eigen concernonderdeel of hun organisatie van oorsprong. Hun voorkeuren voor de verdeling van verantwoordelijkheden, de structurering van de ondersteuning en de mate van decentrale beleidsvrijheid hangen af van de mate waarin zij daarmee autonoom kunnen blijven beslissen over werkzaamheden en de besteding van budgetten in hun onderdeel. Het organiseren naar regionale eenheden, het vormen van decentraal beleid en het geven van integrale verantwoordelijkheden zijn daarbij problematische structuren als managers onvoldoende kennis en waardering hebben voor de inhoud van het werk in de zorg en ondersteuning. Zij zijn door het gebrek aan kennis en waardering slecht in staat om de eenheden integraal aan te sturen, goed beleid te maken en hun verantwoordelijkheden te nemen.

Medewerkers van de ondersteunende diensten verzetten zich tegen de harmonisatie van systemen, nieuwe taken en decentralisatie in teams, omdat zij macht ontnemen aan de werkwijzen en

het werken in hun organisatie van oorsprong. Ondersteuners houden vast aan hun systemen en zij werken niet graag met en voor actoren uit andere organisaties. Zij hebben veelal ook niet de kennis over het werk in andere sectoren om deze structuren te ontwikkelen.

Professionals werken mee aan de ketentrajectvorming, zolang het niet al te nadelig is voor hun status, autonomie en middelen. Voor hen ontbreekt een aanleiding om structuren te ontwikkelen als zij door onwetendheid of negatieve beelden niet inzien dat zij daarmee samen met anderen meerwaarde voor de cliënt kunnen behalen. Gebrek aan kennis, waardering en het niet persoonlijk kennen van professionals leidt tot onwil en onkunde om multidisciplinair te overleggen en werken, cliënten over te dragen en in andere organisaties zorg te verlenen.

Verschillen in managementstijlen, ondersteuningsstijlen en benaderingswijzen van professionals leggen door de hele zorgketen heen een druk op de ontwikkeling van multidisciplinaire, decentrale en integrale structuren. Voor professionals is het moeilijk om af te stemmen met professionals die een andere kijk hebben op de wijze waarop zorg moet worden verleend. Professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten lopen vast op de stijl van aansturen en ondersteunen van hun nieuwe collega's, als deze niet aansluiten bij hetgeen zij gewend zijn.

Informatiegebrek over de aard en inhoud van het werk, gebrek aan waardering, strijdige belangen en benaderingswijzen blijken uit deze studie doorgaans de ontwikkeling van structuren te remmen. Het ontwikkelen van structuren verloopt soepeler als actoren gelijkgestemde of verenigbare belangen en benaderingen van cliënten en het werk hebben, waardering voor elkaar hebben en persoonlijke banden hebben gesmeed. Toch verschillen de structuren, ondanks deze overeenkomsten in handelwijzen.

Achter de verschillen ligt een persoonsgebonden component. Het blijkt af te hangen van de persoonlijkheid van actoren hoe ontvankelijk zij zijn voor het veranderen van beelden en benaderingswijzen en hoe goed actoren het met elkaar kunnen vinden. Het hangt tevens per actor af aan welk belang deze de meeste prioriteit geeft. Een actor heeft altijd redenen om een structuur wel en niet te willen, omdat deze altijd tegelijkertijd positieve en negatieve consequenties heeft voor één van zijn belangen. Structuren verschillen, omdat dezelfde actoren in verschillende zorgketens een andere prioriteit geven aan deze belangen.

Met wie actoren structuren moeten ontwikkelen speelt eveneens een rol. Actoren verzetten zich tegen samenwerking met concurrenten en onbekenden. Zij zoeken bij voorkeur hun samenwerkingspartners en vrienden op. In het verleden opgebouwde relaties bepalen daardoor op welke grensvlakken in het heden structuren worden ontwikkeld. De historie van gegroeide relaties verschilt per zorgketen en daarmee de structuren die tot ontwikkeling komen.

Actoren houden daarbij rekening met veranderende legitimerende claims en veranderingen in de sociaal-politieke en economische omgeving. Zij zijn niet altijd vrij om structuren te implementeren. De overheid stelt dwingende kaders met haar wetgeving en financierings-systemen. Hoe sterk actoren zich door deze invloeden laten leiden verschilt per zorgketen. Bij de ketentrajecten speelt vooral een rol of actoren hun voorzieningen en logistieke mechanismen aanpassen aan nieuwe budgetsystematieken en de rollen van indicatieorganen en verzekeraars. De gevoelde noodzaak om aan te blijven sluiten bij nieuwe professionele richtlijnen en standaarden is voorts van invloed op de ontwikkeling van voorzieningen, behandelbeleid, criteria en protocollen. Actoren blijken tenslotte structuren over te nemen, die anderen in het veld ontwikkelen, om een legitieme positie in het veld te behouden of te verkrijgen. Dit geldt voor alle structuren. De mate waarin actoren kopiëren verschilt alleen.

De vormgeving van zorgketens hangt concluderend af van de centraal gestelde doelen, tijd, het ziektebeeld of de aandoening van een cliëntengroep, de samenstelling van zorgketens, geïnstitutionaliseerde belangen en tradities, kennis en waardering, persoonsgebonden factoren, afwegingen die actoren maken, wijzen van omgaan met externe invloeden en historisch gegroeide relaties.

11.2.2 Het binden van actoren aan zorgketens

Bij het ontwikkelen van zorgketens wordt naast het ontwikkelen van structuren getracht actoren aan elkaar en aan de doelen van de zorgketen te binden. Uit deze studie blijkt dat hierop in zorgketens actief wordt aangestuurd. Tegelijkertijd voltrekken zich autonome processen waarbij actoren aan elkaar en de doelen van de zorgketen verbonden raken. De mate waarin varieert echter in zorgketens. In deze paragraaf wordt besproken welke processen zich voltrekken en waarom het resultaat verschilt.

Aangestuurde en autonome processen van binding van actoren

Uit deze studie blijkt dat in zorgketens drie strategieën worden ingezet om actoren te binden. De eerste strategie is om missies te formuleren. De missies moeten ervoor zorgen dat actoren de doelen van de zorgketen gaan delen, hun eigenbelangen opzij gaan zetten en gaan samenwerken. De tweede strategie is om uitwisselingen te organiseren en medewerkers informatie te geven over de andere zorgketenonderdelen. Dit zou bevorderen dat actoren kennismaken met elkaar en elkaars werk en hun negatieve beelden bijstellen. De derde strategie is om een zorgketencultuur te ontwikkelen. Dit wordt opgepakt door visies op te stellen en logo's te ontwerpen. De visies en symbolen geven uitdrukking aan de normen en waarden die in de zorgketen centraal staan. Een zorgketencultuur moet het gevoel van eenheid geven, dat nodig is om actoren met elkaar te laten samenwerken. Het zou het samenwerkingsprobleem anders denkenden oplossen. Een zorgketencultuur zou ook het handelen van actoren in overeenstemming brengen met de doelen van de zorgketen.

Uit deze studie blijken actoren echter vooral tot overeenstemming te komen over doelen en culturen en positieve relaties te ontwikkelen als zij elkaar in de dagelijkse praktijk treffen. Actoren komen door de implementatie van nieuwe structuren ook in contact met elkaar. Onder hen voltrekken zich processen van binding. Actoren gaan de waarde inzien van het werk en de benaderingswijzen van andere actoren en beseffen dat zij gedeelde belangen hebben. Actoren leren nieuwe personen en culturele tradities kennen. Zij gaan de benaderingswijzen van anderen accepteren en in hun eigen werk inbedden. Tussen hen ontstaan vriendschappen en samenwerkingsrelaties. Conflicten verdwijnen. Positieve ervaringen met elkaar leiden zelfs tot samenwerking rondom andere structuren.

Partiële verbondenheid aan zorgketens

De mate waarin professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten belangen en culturen gaan delen en positieve relaties ontwikkelen verschilt echter. Uit deze studie blijken deze verschillen voor een deel verklaard te worden door de gekozen structuren. Niet alle structuren brengen actoren in elkaars nabijheid. Functioneel geordende structuren houden de verkokering in stand en vergroten zelfs de afstand tussen actoren. Integrale structureringsvormen en het centraliseren van de ondersteunende diensten brengen de actoren wel bijeen. Uit de interactie onder actoren, die in contact met elkaar komen, ontstaan echter niet alleen positieve relaties. Het leidt tevens tot bovengenoemde terugtrekkingen op de eigen bastions, verwerping en afstoting van culturen en conflictueuze relaties. Tot hoever de binding gaat hangt daarom tevens af van de tegenwerkende kracht van deze zich tegelijkertijd voltrekende processen van afwijzing. Enige scherpte in de relaties is ook niet verkeerd. Het vormt een impuls om elkaar met innovaties te overtroeven. Gelijkgestemdheid heeft als keerzijde dat actoren formele lijnen omzeilen en bondjes sluiten. Bij derden leiden deze bondjes tot gevoelens van wantrouwen.

Uit deze studie blijkt het binden van actoren aan elkaar en de zorgketen daarbij nooit geheel realiseerbaar te zijn. Een deel van de zorgverlening en daarbij behorende ondersteuning en aansturing verandert namelijk niet door de zorgketenvorming. Niet alle actoren zijn betrokken bij ketenprocessen en sommige werkzaamheden blijven ongewijzigd aanwezig in de zorgketen. De gewenste binding kan daarom niet over de gehele zorgketen heen plaatsvinden. In zorgketens raken actoren, die wel betrokken zijn bij ketenprocessen daarbij in een spagaat tussen het realiseren van synergie en integrale zorg in de zorgketen enerzijds en het optimaliseren van de bedrijfsvoering in een concernonderdeel en het realiseren van kwaliteit binnen één zorgvorm anderzijds. In zorgketens worden weliswaar nieuwe zorgvoorzieningen ontwikkeld en verbanden tussen organisaties gelegd, maar de zorg die van oudsher in organisaties wordt verleend, blijft nodig om kwaliteit van zorg in de zorgketen te kunnen leveren. Een te grote gerichtheid op zorgketenprocessen bergt zelfs het gevaar in zich dat onvoldoende aandacht uitgaat naar de processen die behouden moeten blijven en de specialisatie van zorgvormen. Het realiseren van binding blijkt uit deze studie daarom ook niet altijd wenselijk te zijn.

De identificatie met de zorgketen, waar het realiseren van verbinding op stoelt, druist tenslotte in tegen de natuurlijke houding van actoren om zich te identificeren met de eigen organisatie of professie. Deze beïnvloeden nu eenmaal het meest de werkomgeving en levenssfeer van actoren. Het is nauwelijks mogelijk om deze lang bestaande gerichtheid te doorbreken. Actoren blijven, ondanks het nastreven van verbondenheid, daarom altijd terugvallen op hun eigenbelangen, tradities en persoonlijke netwerken.

De mate waarin actoren belangen en culturen gaan delen en positieve relaties ontwikkelen hangt concluderend af van de ontwikkeling van missies, visies en uitwisselingen, de mate waarin actoren in contact met elkaar komen, structuurontwikkelingen, de mate waarin actoren betrokken zijn bij ketenprocessen en de werkomgeving waar actoren zich mee identificeren.

11.2.3 Processen van integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens

Teruggaand naar de hoofdvraag van deze studie kan geconcludeerd worden dat het ontwikkelen van zorgketens wordt opgepakt door het werk van professionals, managers en medewerkers van ondersteunende diensten in de zorgketen op elkaar af te stemmen, hen te binden aan de belangen, normen en waarden van de zorgketen en door te zorgen dat zij met elkaar gaan samenwerken. In zorgketens worden daarmee voornamelijk structurele, culturele, sociale en op belangen gerichte integratiestrategieën ingezet. Uit deze studie blijkt echter dat het ontwikkelen van zorgketens ook gepaard gaat met processen van fragmentatie. De werkzaamheden van actoren raken slechts gedeeltelijk op elkaar afgestemd. Bestaande afstemming wordt soms verbroken. Actoren verbinden zich niet allen aan de doelen en cultuur van de zorgketen. Zij houden ook vast aan hun eigenbelangen en culturele tradities en zij wijzen belangen en culturen van anderen af. Tussen actoren ontstaan niet alleen positieve relaties. Actoren raken ook in conflict met elkaar.

De ontwikkeling van zorgketens blijkt in de dagelijkse praktijk een complex proces te zijn, waarbij structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen van actoren in continue wisselwerking met elkaar de ontwikkeling voortduwen en remmen. Processen van integratie en fragmentatie wisselen elkaar af en treden soms gelijktijdig op. Zij leiden tot continu veranderende en verschillende structuren van zorgketens en relaties tussen actoren.

Met het implementeren van integrale en centralistische structuren verschuiven de belangen, macht en middelen van actoren, komen actoren die vroeger geen bemoeienis met elkaar hadden in contact met elkaar en worden actoren geconfronteerd met de culturen van andere actoren. De structuren vormen daarmee de voedingsbodem voor een aaneenschakeling van processen van integratie en fragmentatie van belangen, sociale verhoudingen en culturen. Structurele integratie leidt zowel tot integratie als fragmentatie van belangen. Door het ontwikkelen van structuren gaan actoren ervaren dat zij belang hebben bij het bedienen van de doelen van de zorgketen, aan kunnen aansluiten bij eisen uit de omgeving en door samen te

werken eigen en gedeelde belangen kunnen behartigen. De structuurvorming stelt de belangen tegelijkertijd op scherp. Actoren trekken zich juist terug op hun eigen bastions. Zij gaan concurreren, omdat de structuren nadelig zijn voor hun belangen en posities in het veld.

De kennis en het inzicht in het werk en de persoonlijkheden van andere actoren, die actoren met het ontwikkelen van structuren krijgen, leiden zowel tot sociale integratie als fragmentatie. Uit het contact ontstaan positieve relaties, omdat actoren gaan begrijpen en waarderen wat anderen doen en vriendschappelijke banden gaan smeden. Structurele integratie leidt echter ook tot sociale fragmentatie, omdat oude banden tussen actoren worden verbroken, actoren een negatief oordeel vormen over het werk dat zij anderen zien doen of omdat actoren de personen niet mogen met wie zij in contact komen. Evenzo leidt structurele integratie tot culturele integratie en fragmentatie. Structuren bieden enerzijds een basis voor actoren om van elkaar te leren, werkwijzen te gaan accepteren, nieuwe werkwijzen in het eigen werk in te bedden en nieuwe culturen te vormen en te delen. Anderzijds gaat de ontwikkeling van structuren gepaard met het ontstaan van aversie tegen andere culturen, verzet bij actoren om hun eigen culturen aan te passen en het vasthouden aan culturele tradities.

Processen van structurele fragmentatie hebben eveneens invloed op de integratie en fragmentatie op alle andere niveaus. Processen van structurele fragmentatie houden de bestaande integratie en fragmentatie in stand als actoren voorheen onafhankelijk van elkaar werkzaamheden verrichtten. De afwezigheid van verschuivingen in belangen, macht en middelen, contacten en confrontaties laten de status quo intact. Anderzijds doorbreekt structurele fragmentatie conflictrelaties die voortvloeien uit fragmentatie in belangen, sociale verhoudingen en culturen, omdat actoren niet meer in elkaars vaarwater verkeren en niet meer met elkaar interacteren. Structurele fragmentatie houdt integratie echter ook tegen. Het platform om tot afstemming te komen gaat ermee verloren.

Processen van integratie en fragmentatie van belangen, sociale integratie en fragmentatie en culturele integratie en fragmentatie beïnvloeden omgekeerd de processen van structurele integratie en fragmentatie. Het ontstaan van positieve relaties tussen actoren, het delen van belangen, het groeien van een wederzijds interdependentiebewustzijn en het verbonden raken rondom een cultureel gedachtegoed zijn impulsen voor actoren om hun positieve interacties in samenwerkingsrelaties te bestendigen. Het ontstaan van negatieve relaties tussen actoren, strijdige belangen en het verdeeld raken rondom culturele tradities zijn daarentegen impulsen voor actoren om geen structuren te ontwikkelen.

Processen van integratie van belangen en culturele integratie versterken elkaar voornamelijk op cumulatieve wijze. Eenzelfde geldt voor de processen van fragmentatie. Fragmentatie in belangen hangt samen met culturele fragmentatie, omdat actoren macht onttelen aan hun werk- en benaderingswijzen. Verlies van macht is direct verbonden aan het opgeven van de

eigen werk- en benaderingswijzen. Actoren accepteren omgekeerd eerder andere culturen en zij nemen andere culturen eerder over als belangen verenigbaar zijn.

Processen van sociale integratie en integratie van belangen zijn aan elkaar gerelateerd, omdat persoonlijke banden, kennis en waardering fundamenteel zijn voor een gedeeld interdependetiebewustzijn en domeinconsensus. De fragmenterende processen versterken elkaar eveneens. Zonder kennis en waardering ontbreekt inzicht in samenvallende belangen en een aanleiding en bereidheid om samen te werken. Strijdige belangen vloeien voort uit en voeden zelfs een gebrek aan kennis, waardering en negatieve persoonlijke betrekkingen. Actoren die elkaars belangen kunnen schaden uiten eerder negatieve gevoelens en zij raken eerder in conflict met elkaar. Sociale integratie kan echter ook tot fragmentatie in belangen leiden. Het inzien wat anderen doen en het erkennen van de waarde van het werk kan actoren doen beseffen dat zij eigenlijk concurrenten van elkaar zijn.

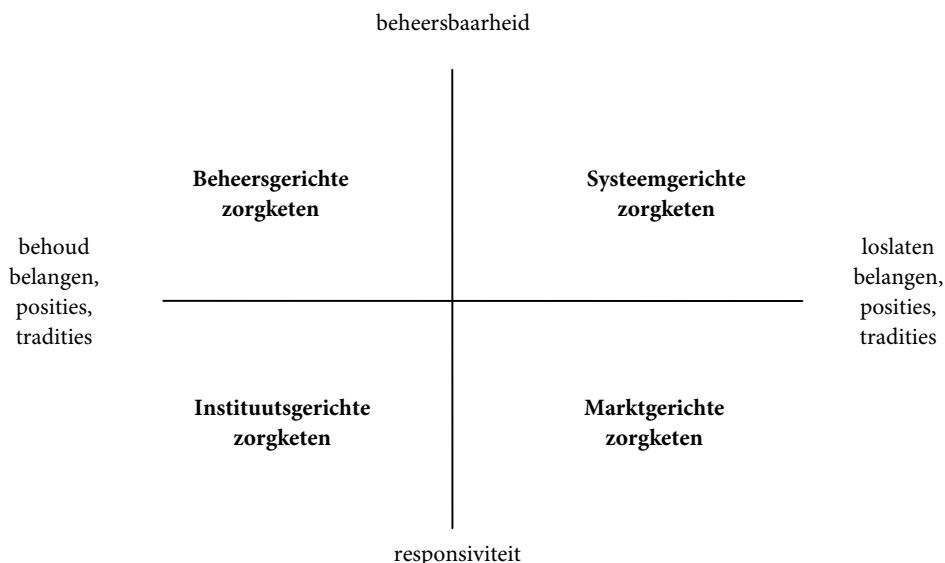
Processen van sociale en culturele integratie zijn wederzijds aan elkaar gerelateerd, omdat actoren die kennis over elkaar hebben en elkaar waarderen eerder elkaars culturen accepteren en in het eigen werk inbedden. Sociale fragmentatie leidt echter tot culturele fragmentatie en omgekeerd. Actoren die elkaar niet kennen en waarderen zijn eerder geneigd om elkaars benaderingswijzen af te wijzen.

De ontwikkeling van een zorgketencultuur heeft tenslotte invloed op alle voornoemde processen. In zorgketenculturen staan een gerichtheid op de doelen en processen van de zorgketen, vraaggerichtheid, samenwerking en gelijkwaardige verhoudingen als normen en waarden centraal. Om tot structurele en sociale integratie en integratie van belangen te komen is het ook nodig dat actoren deze normen en waarden centraal stellen. Culturele integratie leidt dan ook tot de andere processen van integratie.

11.3 Reflecties op de resultaten

11.3.1 Variaties in het verloop van de ontwikkeling: vier configuraties

Uit deze studie blijken variaties op te treden in de wijze waarop de ontwikkeling van zorgketens verloopt. In hoofdstuk 6 zijn op basis van de variatie in structuren drie structuurconfiguraties voor zorgketens geconstrueerd. De configuraties worden in deze paragraaf uitgebreid met een belangen, sociale en culturele component. Twee dominant gebleken ontwikkellijnen vormen hiervoor de basis. De eerste is dat de ontwikkeling verloopt langs het vinden van een evenwicht tussen het realiseren van een beheersbare bedrijfsvoering en een responsieve inrichting van processen. De tweede is dat de ontwikkeling zich voltrekt langs het behoud en loslaten van belangen, posities en culturele tradities. De verschillende gerichtheden bij deze ontwikkelingen leiden in samenhang met elkaar tot vier configuraties van zorgketens (zie figuur 11.1).



Figuur 11.1. Configuraties van zorgketens

Een **beheersgerichte zorgketen** wordt gekenmerkt door een sterke gerichtheid op het realiseren van een doelmatige en bestuurbare bedrijfsvoering. Het accent ligt op het harmoniseren van systemen en het centraliseren van de besturing en ondersteuning. Het adagium *‘met dezelfde middelen hetzelfde efficiënter doen’* staat centraal. De zorgketen is georganiseerd naar divisies met een grote centrale ondersteunende staf. De ondersteuners hebben hun organisatie van oorsprong als account. Het leggen van dwarsverbanden tussen organisaties heeft geen prioriteit. Ketentrajecten komen in deze zorgketens nauwelijks tot stand. Er worden alleen logistieke coördinatiemechanismen geïmplementeerd om cliënten zo efficiënt mogelijk te laten doorstromen. Tussen medewerkers van verschillende organisaties zijn bijna geen contacten. Processen van integratie en fragmentatie voltrekken zich weinig in deze zorgketens. De verkokerde structuur houdt culturen en bestaande sociale relaties in stand. De cultuur is monodisciplinair, aanbodgericht, formalistisch en solistisch. De relaties tussen medewerkers van de verschillende organisaties kenmerken zich door onbekendheid met elkaar en gevoelens van ongelijkwaardigheid. De gerichtheid op de eigenbelangen is groot. Belangen worden vooral aan de top uitgespeeld door de centralisatie van de besturing.

Een **systeemgerichte zorgketen** wordt gekenmerkt door een gerichtheid op beheersbaarheid, en het loslaten van bestaande instituties. Tussen organisaties worden dwarsverbanden gelegd waarmee de bestuurbaarheid en doelmatigheid behouden blijven. Het adagium *‘systeemeenheid leidt tot prestaties’* staat centraal. De zorg en ondersteuning worden integraal decentraal georganiseerd, maar de decentrale managers hebben weinig handelingsruimte. Omwille van beheersbaarheid worden centrale beleidskaders opgelegd, aan de top besluiten genomen en centrale managers aangesteld om de ondersteuning aan te sturen. De aansturing en onder-

steuning zijn formalistisch, solistisch, monodisciplinair en aanbodgericht. De ketentrajectvorming is primair gericht op het standaardiseren en formaliseren van de zorg en logistiek en het clusteren van voorzieningen. Het doorbreken van culturele tradities en eigenbelangen wordt eveneens langs de lijn van beheersbaarheid opgepakt. Het streven is om te komen tot culturele eenheid en consensus over doelen. Het formuleren van missies en visies en het arrangeren van uitwisselingen staan als middelen centraal om het handelen van medewerkers gelijk te schakelen. De aansturing op gedeelde doelen en culturen leidt door de beheersgerichte structuren mondjesmaat tot multidisciplinaire samenwerking. Negatieve beelden en gevoelens vervagen slechts gedeeltelijk. Over het algemeen blijven de hiërarchie en onbekendheid onder actoren bestaan. De gerichtheid op eenheid leidt zelfs tot fragmentatie. Decentrale managers raken in conflict met centrale managers over de gestandaardiseerde ondersteuning en opgelegde kaders. Ondersteunende medewerkers bevechten elkaar om het behoud van systemen en werkplekken. Professionals proberen hun werkwijzen in de standaarden te borgen.

In de **instituutsgerichte zorgketen** zijn de ogen gericht op de responsiviteit van de zorgketen en het behoud van bestaande instituties. Met gedecentraliseerde integrale structuren wordt gestreefd naar een slagvaardige en vraaggerichte inrichting van processen. De professionele en organisatiegebonden domeinen worden daarbij intact gelaten. De integratie wordt vormgegeven langs een assemblagelijijn. Zorgvormen worden bijeengebracht in nieuwe eenheden en intact gelaten. Managers zijn integraal verantwoordelijk, maar het accent ligt op het functioneel aansturen van de zorg. De aansturing is informeel en de decentrale vrijheid is groot. In de culturen en het beleid is vraaggericht werken de spil waar alles om draait. Het accent bij de ketentrajecten ligt echter op het verbeteren van de aansluiting van het aanbod en de werkwijzen binnen organisaties op de vraag van cliënten. Nieuwe voorzieningen en coördinatiemechanismen worden vooral ontwikkeld op de grensvlakken van organisaties met gelijke culturen en belangen. Grensoverschrijdend en multidisciplinair werken en denken vinden daarbuiten nauwelijks plaats. Het adagium *'met hetzelfde betere dingen doen voor de cliënt'* staat centraal. Solisme, monodisciplinariteit en onbekendheid met elkaar overheersen. Belangenstrijden zijn afwezig in deze zorgketens door het ontbreken van centrale kaders en domeinverschuivingen. Enige fragmentatie treedt alleen op als medewerkers van de ondersteunende diensten hun werkwijzen moeten aanpassen aan het gevraagde in de integrale eenheden of als managers onvoldoende kennis hebben om de ondersteuning aan te sturen. Het ontbreken van contact maakt dat processen van culturele en sociale integratie en fragmentatie zich daarbuiten nauwelijks voltrekken.

De **marktgerichte zorgketen** streeft eveneens naar het slagvaardig en vraaggericht inrichten van processen. Instituties worden daarbij wel doorbroken. Op alle niveaus worden integrale, multidisciplinaire en decentrale structuren geïmplementeerd. De aansturing is informeel. De ondersteuning is gedifferentieerd. In de ketentrajecten van deze configuratie komen geïntegreerde voorzieningen en multidisciplinaire coördinatiemechanismen het meest tot ontwikkeling. Het adagium *'samen nieuwe dingen doen voor interne en externe klanten'* staat

	beheersgerichte zorgketen	systeemgerichte zorgketen	instituutsgerichte zorgketen	marktgerichte zorgketen
efficiëntie	++	+	+/-	-
effectiviteit	-	+/-	+	++
bestuurbaarheid	++	+	+/-	-
slagvaardigheid	-	-	+	++
specialisatie	++	+	+	-
integrale zorg	-	+/-	-	++

Tabel 11.2. Doelbereiking naar configuratie

centraal. Professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten uit alle organisaties komen met elkaar in contact. Dit leidt tot een aaneenschakeling van processen van integratie en fragmentatie van belangen, sociale verhoudingen en culturen. Marktgerichte zorgketens kenmerken zich door een intense mix van samenwerking en conflict. Niet alleen onder professionals, managers en ondersteuners, maar ook tussen hen. Vraaggerichte, grensoverschrijdende samenwerking staat centraal. Op alle fronten worden domeinen overtreden, belangen bevochten en gedeelde belangen gecreëerd. Culturele tradities worden tegen elkaar uitgespeeld, leidend tot afwijzing, acceptatie en inbedding van benaderingswijzen. Persoonlijke relaties worden verbroken en nieuwe worden gesmeed.

De configuraties zijn ideaaltypisch. De drie cases van deze studie laten zien dat één van de configuraties dominant aanwezig is in zorgketens, ook al vertonen de cases altijd kenmerken van alle andere configuraties. Pantein is te karakteriseren als een systeemgerichte zorgketen. Bij Carint domineert de instituutsgerichte configuratie. Rivas is te typeren als een marktgerichte zorgketen.

Iedere zorgketen heeft zijn eigen merites en nadelen (zie tabel 11.2). De centralistische en functionele structuren van de beheersgerichte zorgketen leiden in combinatie met de gerichtheid op monodisciplines tot veel doelmatigheid, specialisatie en een goed bestuurbare zorgketen. Het ontbreken van dwarsverbanden en de sterke gerichtheid op een beheerste interne procesgang maken het echter slecht mogelijk om aan te sluiten bij ontwikkelingen in de omgeving, de integrale behoeften van cliënten en specifieke wensen in de onderdelen. In de marktgerichte zorgketens is het omgekeerde het geval. Door de decentrale integrale structuren en externe gerichtheid kan deze zorgketen zeer goed inspelen op veranderingen in de omgeving en de integrale behoeften van cliënten. Het management, de ondersteuning en de primaire processen sluiten effectief op elkaar aan. Het gebrek aan standaardisatie en centralisatie in deze zorgketen leiden echter tot inefficiëntie, bestuurbaarheidsproblemen en onvoldoende aandacht voor monodisciplinaire verdieping in de zorg en ondersteuning.

In de systeemgerichte zorgketen leiden de centralistische en functionele structuren tot efficiëntie, specialisatie en bestuurbaarheid. De decentralisatie en integratie die inherent verbonden is

aan het leggen van dwarsverbanden tussen organisaties en onderdelen trekt hierop echter een wissel. De overheersing van de centralistische structuren maakt het daarentegen lastig voor managers en ondersteuners om hun werkzaamheden aan te passen aan interne wensen en de integrale vraag van cliënten. De gerichtheid op de interne beheersbaarheid gaat ten koste van het responsief beantwoorden aan vragen van cliënten en de omgeving.

In de instituutsgerichte zorgketen leiden de decentrale aansturing van de zorg en aansturing met oog voor interne en externe wensen tot effectiviteit in de bedrijfsvoering en het slagvaardig inspelen op interne en externe veranderingen. De overheersende aandacht voor specifieke zorgvormen en de monodisciplinaire gerichtheid belemmeren echter een integraal inspelen op de wensen van cliënten. Het specialiseren van de zorg om te voldoen aan de enkelvoudige vraag van cliënten staat het meest centraal. De functionele gerichtheid leidt tot enige efficiëntie en bestuurbaarheid in de zorgketen, maar het ontbreken van centrale en geharmoniseerde structuren trekt hierop een zware wissel.

11.3.2 De waarde van zorgketenvorming

De ontwikkeling van zorgketens is een ingrijpend proces. Het is van invloed op de zorg die cliënten krijgen, de werkwijzen en taakverdelingen onder professionals en de besteding van middelen in de zorg. De dynamiek, die de zorgketenvorming teweeg brengt, laat bijna geen actor in de zorgsector ongemoeid. Toch is het organiseren in zorgketens een omslag die zich over de hele zorgsector voltrekt en waarvan veel wordt verwacht, zoals in de inleiding van dit hoofdstuk is gesteld. De kwaliteit, efficiëntie en bestuurbaarheid van de zorg en de posities van organisaties zouden alle verbeteren. Schotten en belangenstrijden zouden verdwijnen. Maken zorgketens deze verwachtingen ook waar?

Het lijkt erop dat dit niet zonder meer het geval is. Deze studie laat zien hoezeer conflicten en strijd alom aanwezig zijn in zorgketens. De resultaten kunnen zelfs tot de conclusie leiden dat in zorgketens nieuwe problemen ontstaan. De bestuurbaarheid wordt bemoeilijkt door de enorme span of control en diversiteit aan belangen en culturele tradities. Managers moeten balanceren tussen het realiseren van de vele soms strijdige doelen. Zij moeten kennis hebben over alle zorgsectoren om de zorgketen te kunnen besturen. De benodigde afstemming tussen onderdelen leidt tot efficiëntieverlies en een stapeling van regels en systemen. Nieuwe coördinatiemechanismen vervangen zelden de bestaande. Veel overleg is nodig. Domeinstrijden blijven bestaan en zijn soms scherper. Een belangrijk verschil met lossere samenwerkingsvormen is dat de management- en ondersteuningsstructuren worden gewijzigd. Domeinstrijden voltrekken zich daardoor ook onder managers en medewerkers van de ondersteunende diensten. Zorgketens scheppen daarbij de valse verwachting dat domeinen met de ketenvorming veilig worden gesteld. Concurrentie met externe actoren wordt als 'logisch' ervaren. Intern wordt niet geaccepteerd dat een 'collega' domeinen overtreedt. Het gevoel

samen verantwoordelijk te zijn voor het realiseren van doelen krijgt ook meer het karakter van 'jullie zijn verantwoordelijk voor ons probleem' dan 'samen zijn we één, dus we zorgen voor elkaar'. Zorgketens verenigen ook niet alle organisaties in de regio. Activiteiten kunnen daardoor nooit alle eenduidig en efficiënt bestuurd worden. Samenwerking met andere partijen blijft nodig om de zorg in ketentrajecten te organiseren. Belangenstrijden met externe partijen verdwijnen niet. Externe partijen vermijden zelfs samenwerking met zorgketens uit angst voor verlies van zeggenschap en identiteit. Bestaande samenwerking wordt verbroken. De macht van zorgketens is te groot.

Moet hieruit geconcludeerd worden dat het ontwikkelen van zorgketens geen zin heeft? Gemeend wordt van niet. Het is onwaarschijnlijk dat alle inspanningen in zorgketens vruchteloos zijn. De ontwikkeling van structuren, missies en visies worden beargumenteerd en doordacht ingezet. Op basis van ervaringen worden continu veranderingen doorgevoerd om doelen te bereiken. De resultaten van deze studie laten zien dat zich onder actoren met de tijd processen van acceptatie en gedeeldheid voltrekken, waardoor strijden vervagen en schottenproblemen verdwijnen. Op het niveau van de ketentrajecten worden vele initiatieven ontplooid die de samenhang in de zorg bevorderen. Sommige externe partijen sluiten zich maar al te graag aan bij zorgketens om hun positie te versterken en de zorgverlening te verbeteren.

De geschiedenissen van de bestudeerde cases leren vervolgens dat de verwachtingen moeilijk te realiseren zijn met minder bindende constructies. Genoemde spanningen en problemen zijn evengoed aanwezig en het organiseren met minder bindende constructies leidt zelfs tot additionele problemen. Een nadeel van lossere verbanden is dat de mate van vrijblijvendheid groot is. Actoren hebben de vrijheid om zich op ieder moment aan afspraken te onttrekken en eigen wegen in te slaan. Op zondag schaaft eenieder zich achter de plannen om samen integrale zorgprojecten in de regio weg te zetten. Opgeslokt door de kwesties in de eigen organisatie worden op maandag nieuwe keuzes gemaakt. De gerichtheid ligt primair bij de werkzaamheden in de eigen organisatie. Er is geen organisatorische context waarmee medewerkers zich kunnen identificeren.

In zorgketens is de kloof beter te overbruggen tussen het met de mond belijden van doelen en het daadwerkelijk bijdragen aan activiteiten om de doelen te behalen. De missies en visies sturen het handelen van alle medewerkers in de zorgketens richting het realiseren van integrale zorg en efficiëntie. Het is duidelijker dat deze doelen centraal staan en continu nagestreefd behoren te worden. De centrale kaders hebben een verplichtend karakter. Managers verbinden zich met decentrale beleidsplannen aan het behalen van doelen. Zij worden hierop afgerekend. In lossere verbanden ontbreken verplichtende kaders, sanctionerende systemen en missies en visies die de gerichtheid op de doelen ondersteunen.

Het realiseren van integrale zorg en efficiëntie en effectiviteit in de ondersteuning is in losse netwerken voorts slechts beperkt mogelijk. De consequenties voor de interne processen zijn daarvoor te groot. Om echt tot afstemming tussen het management, de ondersteuning en de zorg te komen is het nodig om processen nieuw in te richten en diensten samen te voegen. In zorgketens is dit beter mogelijk. Lossere samenwerking gaat daarom veelal niet verder dan het initiëren van enkele grensoverschrijdende zorgprojecten en het gezamenlijke inkopen van facilitaire middelen.

Problematisch is tevens dat activiteiten eerder worden stopgezet zodra de projectperiode is afgelopen. De regievoering die nodig is om het ontwikkelde in stand te houden verdwijnt met het wegvallen van projectmanagers. Zonder aansturing keert eenieder terug naar zijn dagelijkse routines. Een belangrijk voordeel van zorgketens is dat de besturing eenduidig geregeld is. In zorgketens is het vanzelfsprekend voor managers om het managen van ingezette activiteiten te continueren en succesvolle pilots zorgketenbreed te implementeren. Zij hebben immers deze verantwoordelijkheden. De mogelijkheden die zorgketens bieden om zorgvernieuwingen in een regio te verspreiden zijn essentieel. Het verbeteren van de zorgverlening wordt voor een deel beperkt door het gebrek aan implementatie van succesvolle projecten (de Vries e.a., 2002:13/14).

Zorgketens lijken dus zeker waarde te hebben. Uit deze studie blijkt tenslotte dat de ontwikkeling van zorgketens nog niet ten einde is. Veelal is begonnen met het integreren van besturen en ondersteunende diensten om het 'huis op orde te krijgen'. Het ontwikkelen van ketentrajecten is weliswaar in volle gang, maar het is nog zoeken naar de wijzen waarop deze trajecten gestalte kunnen krijgen. Het stroomlijnen van het management en de ondersteuning met de geïntegreerde primaire procesgang in ketentrajecten staat nog in de kinderschoenen. Nu breekt de fase aan waarin de concernvorming en ketentrajectvorming met elkaar in samenhang worden gebracht. Uit deze studie blijken het loslaten van oude routines en het hervinden en borgen van nieuwe ook tijd te kosten. Wellicht is het te vroeg om uitspraken te doen over de waarde van zorgketens. Misschien zal de tijd het leren en is er enig geduld nodig alvorens de precieze waarde van zorgketens zichtbaar wordt. Anderzijds is het wellicht tijd om met gefundeerde feiten te komen. Dan kan geborgd worden dat de juiste paden worden belopen in de volgende fasen in de zorgketenvorming.

11.4 Methodologische reflecties

De ontwikkeling van zorgketens is onderzocht met kwantitatief onderzoek naar fusies in de zorgsector en kwalitatief onderzoek bij drie zorgketens. In deze paragraaf wordt gereflecteerd op de methodologische keuzes.

11.4.1 De kwaliteit van het kwantitatieve onderzoek

Het kwantitatieve onderzoek had tot doel inzicht te geven in fusietrajecten, het aantal organisaties in zorgketens en de samenstelling van zorgketens. Bij de conclusies zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. Het percentage fusies en organisaties in zorgketens is waarschijnlijk hoger dan beschreven. De data zijn niet met surveys verzameld, maar afkomstig uit secundaire bronnen. Naar alle waarschijnlijkheid zijn niet alle fusies en zorgketens in deze bronnen gedocumenteerd. Uitspraken over de fusietrajecten zijn ten tweede niet geheel te valideren. Het is onbekend hoe de fusietrajecten zich voltrokken hebben voor 1998. De resultaten zijn tenslotte gevoelig voor de gehanteerde definitie van zorgketens. Stichtingen zijn als zorgketens geduid als stichtingen een fusie of holding als juridische constructie hadden en als onder de stichtingen minimaal twee ongelijksoortige organisaties ressorteerden. Aan het aantal organisaties in een stichting is daarbij geen beperking gesteld. Als wel wordt uitgegaan van een minimum aantal organisaties en als het criterium 'tenminste drie ongelijksoortige organisaties' wordt gehanteerd dalen het aantal zorgketens en het percentage organisaties dat onder een zorgketen ressorteert drastisch. Het loslaten van het criterium 'fusie of holding' leidt daarentegen tot een enorme stijging van de aantallen en percentages. De percentages zouden zelfs oplopen tot bijna 100, omdat iedere organisatie wel met een andere organisatie samenwerkt op basis van overeenkomsten of afspraken.

Het is echter moeilijk om valide criteria te hanteren. Zorgketens worden verschillend gedefinieerd (Spreeuwenberg, 2005). Er is ook geen standaarddefinitie van zorgketens in termen van aantal en soort organisaties en bindingsintensiteit. Naar de inzichten uit de Verenigde Staten is de breedte van het continuüm dat organisaties kunnen dekken als uitgangspunt genomen om het aantal en soort organisaties vast te stellen. Combinaties van verzorgings- en verpleeghuizen zijn vanuit dit uitgangspunt bijvoorbeeld als zorgketen gedefinieerd, omdat deze huizen door het leveren van extramurale zorg een groot deel van het ketentraject WZWO kunnen vormgeven. Het demarceren van zorgketens op de dimensie 'zware bindingsintensiteit' is gangbaar wanneer gesproken wordt over zorgketens als resultaat van concernvorming. Op het niveau van de ketentrajecten is het begrip zorgketen echter een containerbegrip geworden voor allerlei vormen van transmurale samenwerking. Het gebruik om concerns als zorgketens te definiëren en het vermijden van de bestaande begripsverwarring op ketentrajectniveau zijn redenen geweest om 'fusie en holding' als criteria te hanteren.

11.4.2 Validiteit en generaliseerbaarheid van de case study

Het kwalitatieve onderzoek behelsde drie case studies. Het bewijs dat met de case studie methode wordt geleverd is bekritiseerd (Yin, 1984:21). De resultaten zouden beïnvloed zijn door de bias van de onderzoeker en de meervoudige uitleg die aan data kan worden gegeven.

Resultaten zouden daarbij niet generaliseerbaar zijn. In het licht van deze kritiek wordt gereflecteerd op de validiteit en generaliseerbaarheid van deze studie.

Validiteit: tussen woord en uitspraak

De validiteit van het onderzoek is op meerdere wijzen geborgd. De selectie van cases en respondenten en de verzameling en analyse van data heeft zorgvuldig en volgens de normen voor kwalitatief onderzoek plaatsgevonden (zie hoofdstuk 4). De validiteit is vergroot met triangulatie. Uitspraken zijn gebaseerd op een combinatie van interviews, documentenanalyse en observaties bij één case. Data zijn daarbij verzameld bij professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten in drie cases. Het interviewen van een breedte aan actoren heeft het mogelijk gemaakt om tegenstrijdigheden, bevestigingen en nuances te achterhalen, uitspraken met elkaar te confronteren, op plausibiliteit te toetsen en vanuit verschillende invalshoeken te belichten. Het verzamelen van gegevens in drie cases heeft het mogelijk gemaakt om resultaten te vergelijken en patronen te herkennen. De resultaten zijn kritisch beoordeeld op mogelijke sociale wenselijkheid en verkeerde interpretaties van de onderzoeker door de resultaten met rapportages terug te koppelen naar de cases en te bediscussiëren met niet participerende cases. Door uitspraken te illustreren met citaten van respondenten en passages uit documenten is tenslotte inzicht gegeven in de gegevens waarop uitspraken stoelen. De citaten vormen een toets voor de lezer van de interpretaties van verzamelde inzichten en de objectiviteit die de onderzoeker daarbij heeft weten tentoon te spreiden.

Een zwakte van deze studie is dat ontwikkelingen niet onderzocht zijn met observaties gedurende de ontwikkelperiode. Het is onzeker of het geschrevene in documenten, de herinneringen van respondenten en de betekenissen en verklaringen die respondenten geven afdoende recht doen aan de werkelijke gang van zaken.

Generaliseerbaarheid: de intra- en interorganisationale context

Voor het onderzoek zijn drie grote zorgketens geselecteerd met een krachtige positie in het regionale veld en een eigen historie van relaties. De samenstelling, de regionale context en de historie van zorgketens zijn alle factoren die de ontwikkeling beïnvloeden. Het is een vraag of de resultaten uit deze studie daarom transponeerbaar zijn naar andere cases.

Uit deze studie is gebleken dat het aantal en soort organisaties van zorgketens van invloed waren op de ontwikkeling. Het gedrag van professionals, managers en ondersteuners, de relaties die zij ontplooiden en de structuren die werden gekozen waren afgeleiden van de culturen in de organisaties van de zorgketens. De culturen in de thuiszorg en het ziekenhuis bleken vooral te domineren. De meeste zorgketens verenigen echter alleen verzorgings- en verpleeghuizen. Organisaties waarin culturen nauwelijks uiteenlopen. Het is denkbaar dat de impact van culturen daarom geringer is dan in deze studie wordt voorgesteld.

De invloed van de samenstelling is daarbij zichtbaar geworden in de prioriteiten die werden gegeven aan het centraliseren en decentraliseren van het management en de ondersteuning en het regionaliseren van de primaire processen. Het realiseren van synergie bleek in de cases essentieel te zijn vanwege de diversiteit en het grote aantal organisaties in de zorgketens. Het regionaliseren was mogelijk door de aanwezigheid van verschillende zorgvormen. Het is te verwachten dat deze structureringsprocessen zich minder zullen voordoen in kleinere zorgketens met een beperkter zorgaanbod. Deze zorgketens zullen waarschijnlijk ook andere accenten leggen op voorzieningen en coördinatiemechanismen. Resultaat van deze studie is immers dat in zorgketens bij voorkeur vanuit het eigen aanbod ketentrajecten worden ontwikkeld.

De omvang en positie van de cases in het interorganisationale veld bleken consequenties te hebben voor de ruimte van de zorgketens om ontwikkelingen naar eigen hand te zetten. De sturingsmogelijkheden waren groot, omdat de meeste actoren uit de omgeving onderdeel waren van de zorgketens. De cases waren door hun omvang grote machtsblokken in een verder relatief ongedifferentieerd veld. Die centrale positie was enerzijds een contra-indicatie. Actoren gingen uit machtsoverwegingen liever met andere partijen in zee. De zorgketens hadden anderzijds veel zeggenschap door hun centrale positie. Zij waren als initiatiefnemers een partij waarbij actoren zich aansloten. Het is echter niet ondenkbaar dat zich andersoortige processen voltrekken als de structurele differentiatie van het veld een andere is. In een sterk gedifferentieerd veld kunnen ontwikkelingen stagneren (Gulati en Garguilo, 1999). De invloed van belangen kan ook anders zijn in een veld waarin naast monopolistische zorgketens verschillende georganiseerde actoren aanwezig zijn. Om als perifere partij een positie in het veld te behouden is het voor deze actoren gevaarlijk om afwijzende bewegingen te maken (Gulati en Garguilo, 1999). De invloed van zorgketenbelangen en het zoeken naar symbiotische relaties zouden in deze situatie een grotere rol spelen dan in de cases. Volgens Leblebici e.a. (1991) is het omgekeerde echter waarschijnlijk. De perifere actoren gaan zich juist tegen de zorgketen keren en in de randgebieden innoveren. Het vormen van countervailing powers, concurrentie en een focus op eigenbelangen zijn dan kenmerkend voor de dynamiek in het veld.

Uit deze studie bleek de vorming van zorgketens zich tenslotte niet op een *tabula rasa* te voltrekken. De historie van relaties bleek ook na de fusies invloed te hebben. Het is denkbaar dat andersoortig gegroeide relaties in andere zorgketens tot andersoortige ontwikkelingen leiden.

De generaliseerbaarheid van deze studie kan dus beperkt zijn, omdat zorgketens met een andere samenstelling, inbedding in de regio en historie van relaties andere processen kunnen doorlopen. Er zijn echter ook redenen om aan te nemen dat de resultaten houdbaar zijn in een andere setting dan die van de cases. Genoemde factoren verschilden eveneens in de cases, maar de impact daarvan was relatief klein. De gevonden patronen kenmerkten zich voornamelijk door homogeniteit. De conclusies over de wijze waarop de ontwikkeling verloopt sluiten daarbij aan bij toonaangevende theorieën over netwerken en zorgketens. De resultaten voldoen

daarmee aan de eis van analytische generaliseerbaarheid (Yin, 1984:21/40/41). Het ontstaan van zorgketens blijkt uit deze studie gebaseerd te zijn op een cumulatie van de motieven van Oliver (1990). Zoals Gulati en Garguilo (1999) stellen zijn de kennis die actoren over elkaar hebben en de ervaringen met elkaar van invloed op ontwikkelingen. In lijn met theorieën uit de Verenigde Staten gaat de zorgketenvorming gepaard met het realiseren van systeemeenheid door het management, de ondersteuning, de primaire processen, de culturen en de doelen met elkaar te stroomlijnen. In de drie zorgketens voltrekken zich voorts onmiskenbaar processen van integratie en fragmentatie van structuren, belangen, sociale relaties en culturen, zoals in de theorieën van Benson (1975), Metcalfe (1976), Mijs (1987) en Doorn en Lammers (1976) wordt voorgesteld. Deze processen voltrekken zich niet zonder de door Godfroij (1981) en Wassenberg (1980) besproken invloed van continu veranderende belangen, macht, middelen en strategische oriëntaties van actoren en interdependenties tussen hen. Actoren in zorgketens handelen met het oog op hun huidige en toekomstige belangen, macht en middelen en binnen de aanwezige interdependentierelaties. Afhankelijk van de belangen die op het spel staan en de autonomie die actoren willen houden ontstaan in zorgketens zowel samenwerkings- als conflictrelaties. Door het handelen veranderen de relaties continu.

Gewoontevorming, professionele standaarden en normen en waarden in de maatschappij hebben een belangrijke impact op de zorgketenvorming. Geïstitutionaliseerde beelden, regels, sociale opvattingen, normen en waarden worden continu tegen elkaar uitgespeeld. Het ontwikkelen van zorgketens vraagt tegelijkertijd van actoren dat zij hun routinematige handelen doorbreken en zich nieuwe routines eigen maken. Actoren zijn echter geneigd om hun werkwijzen en legitiem geraakte handelswijzen tot standaard te verheffen en andere af te wijzen. Passend bij institutionele inzichten van Scott (1995), Zucker (1977, 1987), Meyer en Rowan (1977) en Wicks (2001) voltrekken zich continu processen waarbij actoren vanuit legitimiteits- en stabiliteitsmotieven instituties veranderen, overnemen en borgen om te kunnen overleven en presteren. Actoren houden vast aan instituties, maar zij breken instituties ook af. Zij dragen ze aan elkaar over, zij nemen ze uit de omgeving over, zij kopiëren wat anderen doen en zij borgen nieuwe instituties naast de bestaande in nieuwe routines, culturen en structuren. De ontwikkeling van zorgketens kenmerkt zich, zoals DiMaggio en Powell (1983) stellen, door zich voltrekkende isomorphische processen.

De structuurvorming voltrekt zich daarbij conform systeemtheoretische inzichten langs het ontwikkelen van nieuwe taakverdelingen, coördinatiemechanismen, besluitvormende, staf-ondersteunende en beleidsvoorbereidende gecentraliseerde en gedecentraliseerde organen. Formalisatie en standaardisatie staan in de zorgketens naar deze inzichten inderdaad vrij centraal, waardoor actoren een deel van hun besluitvormingsmacht en controle aan een zorgketenbestuur overdragen. De gehele ontwikkeling voltrekt zich, zoals theoretici als Zijdeveld (1974) en Giddens (1979, 1984, 1995) stellen, langs processen waarbij actoren en structuren elkaar wederzijds beïnvloeden.

11.4.3 Lineariteit of intergerelateerdheid

In dit onderzoek is gekozen voor een aspectbenadering. De ontwikkeling is vanuit een perspectief op structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen onderzocht. De aandacht ging vooral uit naar het achterhalen van de structuren, de kenmerken van culturen, de factoren die de sociale verhoudingen bepalen, de invullingen die belangen, macht en middelen bij verscheidene actoren krijgen, de invloed daarvan op structuren en de veranderingen daarin. Daarbij stonden het management, de ondersteuning en de primaire processen als analyseniveaus centraal. Deze keuzes zijn bewust genomen om de ontwikkeling van zorgketens, zoals in hoofdstuk 1 is besproken, in alle facetten te kunnen bestuderen. Aan de keuzes kleven een aantal voor- en nadelen.

Het voordeel van de aspectbenadering is dat in de diepte kon worden bestudeerd welke structuren worden ontwikkeld op het niveau van het management, de ondersteunende diensten en de ketentrajecten, welke belangen professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten hebben, wat de culturele tradities zijn van deze actoren en welke sociale verhoudingen tussen hen aanwezig zijn. Met een aspectbenadering is het tevens mogelijk geweest om inzicht geven in de wijze waarop structuren, culturen, sociale verhoudingen en belangen veranderen. Deze studie geeft daarmee een overzicht van het soort structuren waaruit gekozen kan worden in zorgketens, de voor- en nadelen daarvan, de typen belangen, macht en middelen van professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten, de elementen waaruit hun culturen zijn opgebouwd en de onderdelen waarop de aard van hun sociale relaties zijn gebaseerd. Ook wordt een overzicht geboden van de normen en waarden waaruit zorgketenculturen zijn opgebouwd en de soorten zorgketendoelen. Tenslotte wordt een overzicht geboden van het soort processen dat zich voltrekt, de dimensies waarlangs deze processen zich voltrekken en de aard van de invloed van structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen. In de hoofdstukken 7 tot en met 10 zijn deze processen, dimensies en kenmerken steeds concluderend in tabelvorm beschreven. Deze studie biedt daarmee een geoperationaliseerd model van de wijze waarop de ontwikkeling van zorgketens verloopt.

Met de aspectbenadering is het echter minder goed mogelijk geweest om inzicht te geven in de wijze waarop structuren, culturen, sociale verhoudingen en belangen in wisselwerking met elkaar de zorgketenvorming beïnvloeden. Ontwikkelingen zijn niet langs een tijdsas onderzocht. De spanningen bij het ontwikkelen van zorgketens, de chaotiek in het procesverloop en het relatieve belang van de aspecten op bepaalde momenten waren minder goed te belichten. Nadeel is tevens dat het minder goed mogelijk is geweest om de procesgang in de drie cases op systematische wijze met elkaar te vergelijken. Hierdoor blijven vragen onbeantwoord als: Is de zorgketencultuur bij Carint meer ingebed dan bij de anderen? Ontwikkelt Pantein zich voornamelijk langs het ontwerpen van structuren, terwijl belangen bij Rivas de procesgang dominant bepalen?

11.5 Theoretische reflecties

In deze studie hebben theoretische en empirische inzichten elkaar afgewisseld. De empirie is leidend geweest voor de selectie van theorieën, terwijl theorieën een kader boden voor de bestudering van de empirie. Deze iteratieve en eclecticische benaderingen maken het mogelijk om te reflecteren op de toepasbaarheid en juistheid van de gebruikte theorieën (Leede & Engeldorp Gastelaars, 1999; Biemans en Meer-Kooistra, 1994). In deze paragraaf wordt op deze toepasbaarheid en juistheid gereflecteerd. Zoals in hoofdstuk 1 is besproken vindt deze studie op deze punten haar wetenschappelijke relevantie.

11.5.1 De waarde van theorieën voor de ontwikkeling van zorgketens

De ontwikkeling van zorgketens is op basis van theorieën over zorgketens in de Verenigde Staten, interorganisatiele theorieën en institutionele theorieën en vanuit een combinatie van actor- en systeembenaderingen onderzocht. Het verbinden van deze benaderingen en theorieën is van grote waarde geweest. De verschillende inzichten hebben in samenhang de bril geboden om de zorgketenvorming in bijna alle facetten te bestuderen. Het combineren van een systeemperspectief met een actorperspectief heeft het mogelijk gemaakt om in te zien dat professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten structuren ontwikkelen, dat structuren van invloed zijn op het handelen van deze actoren en dat zij hun bijdrage aan de ontwikkeling daarom laten afhangen van de invloed van structuren op hun handelsruimte. Systeemtheoretische inzichten uit de VS en interorganisatiele theorieën hebben bijgedragen aan het belichten van de kenmerken van structuren, culturen, sociale verhoudingen en belangen en de wijze waarop deze veranderen. Het handelen van actoren kon worden begrepen en verdiept door het gebruik van actorbenaderingen. Het combineren van interorganisatiele en institutionele theorieën is essentieel geweest om de rol van actoren te kunnen doorgronden. Met interorganisatiele theorieën kon worden bestudeerd hoe actoren met het oog op efficiëntiemotieven, belangen, macht, middelen en interdependentierelaties de ontwikkeling van zorgketens beïnvloeden. Met institutionele theorieën kon worden begrepen hoe legitimiteit, geïnstitutionaliseerde regels, normen, waarden en beelden van invloed zijn op vorming van zorgketens.

11.5.2 Bevestiging en aanvulling van wetenschappelijke kennis

De resultaten van deze studie bevestigen grotendeels de gebruikte inzichten, zoals uit paragraaf 11.4 blijkt. Bestaande theorieën zijn dan ook goed toepasbaar op het verschijnsel zorgketens. Op een aantal vlakken bieden de resultaten uit deze studie aanvullingen.

Meer aandacht voor processen van fragmentatie

Een eerste aanscherping betreft dat processen van fragmentatie een explicietere plaats behoren te krijgen in theorieën. In theorieën wordt een zwaar accent gelegd op processen van integratie om de procesgang te duiden. Theoretici uit de Verenigde Staten en interorganisationele theoretici gebruiken expliciet de term integratie. Bij institutionele theoretici is de integratiegedachte terug te vinden in de noties over gedeeldheid en isomorphische processen. Deze studie bevestigt dat ontwikkelingen met processen van integratie gepaard gaan. Deze studie verheldert echter dat zich ook processen van fragmentatie voltrekken. Op deze plaats wordt niet gesteld dat theoretici geen aandacht hebben voor fragmenterende processen. Zij bespreken deze wel degelijk met theorieën over de-institutionalisering en partiële institutionalisering. In concepten en modellen over de procesgang raken processen van fragmentatie in vergelijking met processen van integratie echter sterk of helemaal op de achtergrond.

Helemaal vreemd is dit niet. Theoretici belichten veelal de processen die nodig zijn om de netwerkvorming te laten slagen. Kenmerkend voor netwerken in vergelijking met losse organiseervormen is nu eenmaal dat taken, culturen, belangen en sociale verhouding geïntegreerd raken. Fragmenterende processen drijven organisaties uiteen. Zij leiden zelfs tot het uiteenvallen van netwerken. Gemeend wordt echter dat zelfs vanuit dit perspectief onvoldoende recht wordt gedaan aan het belang van fragmenterende processen. Processen van fragmentatie blijken uit deze studie niet alleen inherent te zijn aan ontwikkelingen. Zij zijn zelfs nodig om actoren te mobiliseren, om continu nieuwe innovaties te initiëren en om processen van integratie tweeweg te brengen. Processen van fragmentatie zijn alleen contraproductief als zij zich continu blijven voltrekken, als verschillende fragmenterende processen elkaar cumulatief versterken en als de fragmentatie alleen tot afwijzend gedrag onder actoren leidt.

Processen van integratie versterken elkaar niet altijd en volgen elkaar niet logisch op

Een tweede aanvulling heeft betrekking op de invloed die processen van integratie op elkaar hebben. In de hoofdstukken 3 en 4 is besproken hoe theoretici deze invloed conceptualiseren. Theoretici uit de VS en Metcalf (1976) spreken over een sequentiële invloed. Metcalf stelt bijvoorbeeld dat culturele integratie tot normatieve integratie leidt en normatieve integratie tot functionele integratie. Doorn en Lammers (1976), Mijs (1987), Benson (1975) en institutionele theoretici stellen dat processen van integratie elkaar continu wederzijds beïnvloeden. Zo stelt Mijs dat cultuurvorming en structuurvorming zich in samenhang continu tegelijkertijd voltrekken. Uit deze studie blijken processen zich te voltrekken zoals Doorn en Lammers, Mijs, Benson en institutionele theoretici de procesgang conceptualiseren. Processen van structurele, culturele, sociale integratie en integratie van belangen beïnvloeden elkaar continu wederzijds.

Genoemde theoretici bespreken allen wel gemeenschappelijk dat integratieprocessen elkaar wederzijds versterken. Uit deze studie blijkt dit echter niet het geval te zijn. Integratie van het

ene leidt niet noodzakelijkerwijs tot integratie van het andere. Een voorbeeld is dat integratie van belangen in de cases niet altijd leidde tot culturele integratie en structurele integratie. Professionals konden het bijvoorbeeld helemaal eens zijn met elkaar dat de cliënt zo goed mogelijk bediend moest worden. Een voorziening of coördinatiemechanisme kwam echter toch niet tot ontwikkeling, omdat zij het niet eens werden met elkaar hoe de cliënt benaderd moest worden. Integratie blijkt uit deze studie ook tot fragmentatie te leiden. Processen van structurele integratie bleken voornamelijk een fragmenterend effect te hebben op de belangen, culturen en sociale verhoudingen. Actoren die door de implementatie van een structuur met elkaar moesten gaan samenwerken bleken bijvoorbeeld negatieve sociale relaties te ontwikkelen.

Ontwikkelingen multidimensionaal benaderen

Een derde aanvulling is dat structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen multidimensionaal benaderd moeten worden. Uit deze studie blijkt dat deze aspecten uit meerdere dimensies bestaan, waardoor processen van integratie en fragmentatie zich niet één-dimensionaal voltrekken. Processen van culturele integratie en fragmentatie voltrekken zich, zoals gesteld in hoofdstuk 10, bijvoorbeeld langs de dimensies normen en waarden, benaderingswijzen en symbolen. Op iedere dimensie doen zich processen van integratie en fragmentatie voor, die in richting kunnen verschillen. Zo bleken actoren nieuwe symbolen te delen, terwijl zij tegelijkertijd niet tot overeenstemming konden komen over benaderingswijzen. Theoretici benaderen processen echter vooral unidimensioneel. Zij onderscheiden zelden dimensies. Zij bezien structuren, culturen, sociale verhoudingen en belangen als één geheel, waarvan de ontwikkeling maar één kant opgaat: richting integratie of fragmentatie. Uit deze studie blijkt deze conceptualisering onjuist te zijn.

Het onderscheiden van dimensies helpt begrijpen hoe structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen elkaar beïnvloeden. Dat personen, die het zeer goed met elkaar kunnen vinden, hun werkzaamheden niet op elkaar willen afstemmen is bijvoorbeeld te begrijpen op basis van de dimensies van sociale verhoudingen. Deze actoren kunnen sociaal geïntegreerd zijn op de dimensie persoonlijke eigenschappen, maar sociaal gefragmenteerd zijn op de dimensie kennis en waardering. De actoren kunnen op persoonlijke basis een vriendschap hebben opgebouwd, maar zij ontwikkelen geen structuren samen, omdat zij niks weten over elkaars werk en elkaars werkzaamheden niet op waarde schatten. Het onderscheiden van dimensies maakt ook inzichtelijk hoe complex het is om tot integratie te komen en dat integratie met fragmentatie gepaard gaat. Bij de ontwikkeling van structuren, bleek bijvoorbeeld, dat vele vormen van afstemming van werkzaamheden leidde tot het verbreken van de afstemming elders in de zorgketen.

11.6 Aanbevelingen voor onderzoek

Het theoretisch kader vormt, ingevuld met de inzichten uit deze studie, fundamenteën voor een theorie over de ontwikkeling van zorgketens. Aanvullend onderzoek is nodig om deze fundamenteën uit te bouwen.

Het verbeteren van theorie over zorgketenvorming

De conclusies uit deze studie zijn slechts geldig voor het soort zorgketens dat in deze studie is onderzocht (Leeuw, 1999:186/187). Om tot theorie over de ontwikkeling van zorgketens te komen wordt ten eerste aanbevolen om onderzoek te doen bij zorgketens met een andere omvang, samenstelling en interorganisationale inbedding dan de hier bestudeerde cases.

Een tweede aanbeveling is om met longitudinale onderzoeksdesigns te achterhalen hoe structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen elkaar in de dagelijkse praktijk beïnvloeden. Het gebruiken van participatieve methoden is hiertoe nodig. Aanbevolen wordt om hierbij expliciet aandacht te besteden aan het belang van de verschillende aspecten. In deze studie is onbekend gebleven of de mate van invloed verschilt en welk aspect (en dimensie daarbinnen) op welk moment een prominente rol speelt. Hebben belangen bijvoorbeeld een grotere invloed dan culturen en sociale relaties? Hebben persoonlijke banden in het begin meer invloed dan in een latere fase? Leiden persoonlijke banden of gevoelens van ongelijkwaardigheid vooral tot het falen of welslagen van structuurontwikkelingen?

Het wordt tevens van belang geacht om aandacht te besteden aan de wijze waarop actoren instituties veranderen en inbedden om te kunnen begrijpen hoe structuren, culturen en sociale relaties worden afgebroken en opgebouwd. Naar Berger en Luckmann (1971), Barley (1986) en Barley en Tolbert (1997) gaat het om het inzichtelijk maken van de fasen van externalisering, internalisering en objectivering. Een belangrijke vraag hierbij is hoe actoren processen van de-institutionalisering en re-institutionalisering verenigen met processen van behoud van bestaande instituties. Deze vraag is zeker in zorgketens relevant. Uit deze studie is immers gebleken dat het van belang is om bestaande belangen, sociale verhoudingen en culturele tradities te behouden, terwijl actoren zich tegelijkertijd nieuwe eigen moeten maken. Het onderzoeken van deze vragen is volgens Barley en Tolbert (1997) echter zeer complex: 'To investigate how patterns of interaction lead to the emergence of a new institution is, to say the least, a formidable task'.

Aanbevolen wordt tenslotte om onderzoek te doen naar de relatie tussen de omgeving en de zorgketens. De beleidscontext is enigszins veronachtzaamd in deze studie. Er is alleen in algemene zin belicht dat veranderingen in de sociaal-politieke en economische omgeving van invloed zijn geweest op het ontstaan van zorgketens. Verdiepend onderzoek is relevant met het oog op de aandacht voor marktwerving, cliëntparticipatie, maatschappelijk ondernemer-

schap, prestatie-indicatoren, de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de implementatie van DBC's. De sterke nadruk op integrale zorg lijkt plaats te maken voor bureaucratisering en zakelijkheid in de zorg. Organisaties zullen zich steeds meer moeten verantwoorden voor de prestaties die zij leveren en de wijze waarop zij dit doen. Vraaggericht werken concurreert steeds meer met doelmatigheidsvraagstukken. DBC's en de Zorgverzekeringswet bieden een geheel nieuw financieringskader. Gemeenten worden een belangrijkere speler in het veld. Deze verschuivingen kunnen leiden tot nieuwe spanningsvelden tussen de responsiviteit en beheersbaarheid van de zorgketen en nieuwe interacties met actoren in de omgeving.

Evidence based zorgketenvorming

De ontwikkeling van zorgketens is gestoeld op een veelheid aan aannames over de doelen die met zorgketens kunnen worden behaald. In paragraaf 11.3.2 is besproken dat het nog onhelder is of deze aannames juist zijn. Alhoewel enig bewijs aanwezig is dat het ontwikkelen van zorgketens tot de beloofde resultaten leidt (e.g. Johri e.a., 2003; Bernabei e.a., 1998 en zie ook hoofdstuk 2), is fundamenteel en gevalideerd onderzoek hiernaar voornamelijk een braakliggend terrein. Vooralsnog ontbreekt het aan kennis over de resultaten van ontwikkelstrategieën en de meerwaarde van het ontwikkelen van zorgketens (Laditka, 2000; Glendinning, 2002; Reilly, 2003; Hébert & Veil, 2004; Vondeling, 2004).

Deze studie geeft inzicht in de structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen die worden ontwikkeld om de doelen te behalen, de eisen die eraan worden gesteld en de strategieën die worden ingezet om deze gewenste vereisten te realiseren. Uit deze studie wordt duidelijk wat de voor- en nadelen van verschillende structuren zijn, waarom en hoe structuren, belangen, sociale relaties en culturen resultaten beïnvloeden en hoe het komt dat strategieën wel of niet effectief zijn. Daarmee wordt in deze studie echter geen antwoord gegeven op de vragen wat echt tot resultaten leidt, hoe goed deze resultaten zijn, hoe groot de negatieve consequenties zijn en of met zorgketens betere resultaten worden bereikt. Aanbevolen wordt om onderzoek te doen waarmee deze vragen worden beantwoord. Het gaat hierbij om onderzoek naar evidence over de effectiviteit van zorgketenkenmerken, ontwikkelstrategieën en de zorgketenvorming (zie tabel 11.3).

Het verrichten van evidence based onderzoek is niet eenvoudig (Delnoij e.a., 2002). Het impliceert dat kenmerken van zorgketens en resultaten geoperationaliseerd, gemeten en aan elkaar gerelateerd kunnen worden (Reilly, 2000; Vondeling, 2004). De meetinstrumenten moeten het meten van structuur- en gedragogerelateerde aspecten mogelijk maken (Ahgren & Axelsson, 2005). Voor het onderzoek zijn experimentele, longitudinale en comparatieve designs nodig om resultaten van organiseren te vergelijken en de impact van interventies te kunnen bepalen. Longitudinale designs zijn tevens nodig om de lange termijn effecten te kunnen bestuderen (Wan e.a., 2001). In de designs moeten kwalitatieve en kwantitatieve methoden

Onderzoek	Onderzoeksvraag	Voorbeelden hypothesen
evidence kenmerken relatie tussen kenmerken van zorgketens en resultaten	Welke zorgketenkenmerken leiden tot welke prestaties?	<ul style="list-style-type: none"> • centralisatie van de ondersteuning leidt tot efficiëntie, maar ook tot verlies van effectiviteit • protocollen leiden tot betere doorstroming en ook tot suboptimale behandelingen • wederzijds respect is nodig om multidisciplinair samen te werken
evidence strategieën relatie tussen ontwikkelstrategieën en het realiseren van de gewenste kenmerken	Wat zijn geschikte interventies om de zorgketenkenmerken te ontwikkelen?	<ul style="list-style-type: none"> • het leren van benaderingswijzen in de dagelijkse praktijk is effectiever om tot cultuurvorming te komen dan het formuleren van visies • uitwisselingsprogramma's leiden tot kennisdeling
evidence vorming de meerwaarde van zorgketens in vergelijking met andere organiseervormen	Presteren zorgketens beter dan minder bindende juridische samenwerkingsvormen?	<ul style="list-style-type: none"> • in zorgketens wordt betere kwaliteit van zorg geboden dan in organisaties die samenwerken op basis van overeenkomsten

Tabel 11.3. Onderzoek naar evidence based zorgketenvorming

gecombineerd worden. Kwalitatief onderzoek is nodig om grip te krijgen op de complexe relaties tussen organiserenkenmerken, strategieën en effecten. Kwantitatief onderzoek is nodig om meetinstrumenten te ontwikkelen en de kenmerken, strategieën en uitkomsten te meten. Met de designs moet het mogelijk worden om een breed scala aan effecten te meten, zoals kosten, doorstroomtijden, kwaliteit van leven, tevredenheid van cliënten en personeel. Het onderzoeksteam moet multidisciplinair zijn om de effecten en relaties vanuit economische, organisatiekundige, sociale en medische invalshoeken te kunnen benaderen. Om de waarde van zorgketens te kunnen beoordelen is ook afdoende aandacht nodig voor de trade-offs tussen effecten (Lin & Wan, 2001).

Deze studie biedt een aantal ingrediënten om evidence based onderzoek te verrichten. De resultaten over de kenmerken van structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen bieden operationalisaties van de zorgketenkenmerken. Deze bieden mogelijkheden om meetinstrumenten te ontwikkelen met aandacht voor structurele en gedragsgerelateerde aspecten. De resultaten over de zich voltrekkende processen, strategieën en relaties tussen structuren, belangen, sociale verhoudingen, culturen en doelen geven inzicht in de complexe keten van relaties tussen kenmerken, interventies en uitkomsten en de trade-offs daartussen. Op basis van deze inzichten zijn hypothesen te formuleren en modellen te ontwikkelen die als basis kunnen dienen voor het verrichten van evidence based onderzoek.

11.7 Aanbevelingen voor de praktijk

Met deze studie is beoogd handvatten te geven aan de praktijk. Deze studie biedt in het algemeen een instrument voor bestuurders, managers, projectleiders en participanten om ontwikkelingen te evalueren en richting te geven. De resultaten zijn, zoals gesteld, te vertalen naar procesindicatoren. De indicatoren kunnen de basis vormen voor een diagnostisch en besluitvormend instrument. Op basis van de operationalisaties van de structurele integratieprocessen kan bekeken en besproken worden waar afstemming ontbreekt en welke structuren de discrepantie kunnen overbruggen tussen de benodigde en aanwezige structurele integratie. Met de operationalisaties van de belangen, sociale verhoudingen en culturen kan geanalyseerd worden wat de aard van de sociale relaties is tussen actoren, wie elkaars culturen nog weinig accepteren, hoezeer actoren culturen weten te verenigen en delen en welke belangen bij welke actoren op welke wijze een rol spelen. Aanstuursers van de zorgketenvorming kunnen aan de hand van diagnosen gericht activiteiten inzetten om de gewenste integratie van belangen, sociale verhoudingen en culturen te bewerkstelligen. De resultaten kunnen dus gebruikt worden om over ontwikkelingen te beslissen en problemen in het proces te diagnosticeren. Vanuit deze relevantie zijn enkele meer concrete aanbevelingen te geven.

Top-down versus bottom-up

De ontwikkeling van zorgketens wordt in de praktijk vrij top-down opgepakt. Het integreren van structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen wordt zorgvuldig van bovenaf gedirigeerd. Structuren worden centralistisch uitgedacht en geïmplementeerd. Bestuurders buigen zich over de formulering van missies en visies om actoren aan de doelen van de zorgketen te binden. Managers starten uitwisselingsprogramma's om actoren kennis met elkaar te laten maken. Medewerkers van stafafdelingen regisseren een gevoel van verbondenheid met het organiseren van festiviteiten, het verrichten van onderzoek en het uitgeven van een zorgketenkrant. Allerlei activiteiten worden ondernomen om de missies en visies geborgd te krijgen in het hoofd en handelen van actoren. Deze strategieën worden meestal los van elkaar uitgezet en eenmalig ondernomen. Terwijl op de ene plaats op een bepaald moment nieuwe structuren worden ontwikkeld, vindt elders of op een ander moment een keer een uitwisseling plaats. De missies en visies zijn al uitgeschreven en geprint, voordat actoren hun eerste stappen maken in een integrale werkomgeving. Het lijkt alsof in zorgketens wordt verondersteld dat het creëren van verbondenheid een aanstuurbaar proces is en dat het vooraf plegen van eenmalige interventies effect heeft op het moment dat actoren daadwerkelijk met elkaar structuren gaan ontwikkelen.

Het top-down en separaat inzetten van integratiestrategieën doet echter geen recht aan de dynamiek in de dagelijkse praktijk. Structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen bleken niet onafhankelijk van elkaar, maar juist in samenhang van invloed te zijn. Papieren exercities en activiteiten buiten de levenssfeer van actoren bleken minder effectief te zijn dan

confrontaties tussen actoren in de dagelijkse praktijk. Gedeelde belangen en culturen en positieve sociale relaties ontstonden niet zozeer uit vooraf bedachte blauwdrukken. Zij groeiden uit de interactie onder actoren. Actoren namen niet zonder meer afstand van hun belangen, opgebouwde relaties en culturele tradities. Het creëren, overdragen, overnemen en inbedden van nieuwe kostte tijd.

Hiermee wordt geenszins gesteld dat de centralistische strategieën zinloos zijn. De aange-stuurde interventies hadden een belangrijke richtinggevende en faciliterende functie. Zij boden ondersteuning bij het implementeren van ontwikkelingen en een kader waaruit actoren konden putten en naartoe konden groeien. Zeker in het begin bleek dit nodig te zijn. Aanbevolen wordt echter om de gerichtheid op het directief uitzetten van vooraf bedachte kaders beter te combineren met een gerichtheid op het continu ondersteunen van bottom-up processen. Geef actoren de ruimte en tijd om in de dagelijkse praktijk gedeelde belangen en culturen, structuren en sociale relaties te ontwikkelen. Faciliteer dit proces door de dialoog tussen actoren te stimuleren en actoren na verloop van tijd steeds meer beleidsvrijheid te geven. Gebruik de culturen en gedeelde doelen die actoren gezamenlijk opbouwen om de overkoepelende missies en visies bij te stellen in plaats van omgekeerd. Besteed altijd tegelijk aandacht aan de structurele, belangen, culturele en sociale component als actoren op raakvlakken met elkaar gaan samenwerken. Op deze momenten is het essentieel om missies en visies opnieuw te bespreken en kennisbevorderende activiteiten te ontplooiën. Verwaarloos nooit één van deze aspecten. Het gevaar hiervan is dat de fragmentatie wordt veronachtzaamd die ontstaat of elders aanwezig blijft. Het blijven trekken aan één integratieproces heeft geen zin als de fragmentatie in een ander proces blijft bestaan of zelfs groter wordt. Ontwikkelingen zullen stagneren en in het ergste geval zullen geboekte resultaten door de fragmentatie zelfs verloren gaan. Zie fragmentatie echter niet alleen als iets negatiefs. Enige spanning is noodzakelijk om de zorgketen naar een volgend stadium te brengen. Het is van belang om zich rekenschap te geven van de positieve en negatieve consequenties van integratie en fragmentatie alvorens verdere integrerende interventies worden gepleegd.

Niet reageren, maar anticiperen

Het ontwikkelen van zorgketens voltrekt zich veelal langs het uitdenken van structuren om synergie en integrale zorg in de zorgketen te realiseren. Lang wordt nagedacht over wat het beste ontworpen kan worden zonder hierbij evenzeer in acht te nemen dat actoren rekening houden met hun belangen en proberen om hun positie te beschermen of te verbeteren. Actoren zijn vanwege hun belangen, sociale relaties en culturen op hun hoede voor relaties met andere actoren. Aanbevolen wordt om zich vooraf rekenschap te geven van de consequenties van structuurontwikkelingen voor actoren en te anticiperen hoe actoren zich gaan positioneren. Wat willen actoren, wat houdt hen tegen en wat kan ze over de streep trekken? Gaat het om macht, middelen, betere zorg voor cliënten of een combinatie? Met wie willen zij wel en niet samenwerken en waarom? Op basis van een simpel ABC is de kans van slagen beter te

bepalen: Is de Aard van de relaties gunstig, spelen er onoverkomelijke strijdige Belangen en zijn verschillen in Culturele tradities overbrugbaar?

Het actief anticiperen en inspelen op afwegingen van actoren is een effectieve en goed uitvoerbare strategie om terughoudende actoren mee te krijgen. De dialoog met actoren wordt aangegaan op een moment dat uit het contact nog geen onherstelbare fricties zijn ontstaan. De zeggenschap en aandacht die actoren vooraf krijgen verminderen weerstand. Interventies en onderhandelingen kunnen gericht worden ingezet. Samenwerkingspartners kunnen doordachter worden gekozen. Essentieel hierbij is dat niet alle energie gestoken wordt in het adagium dat gedeelde doelen en het centraal stellen van de cliënt actoren bijeenbrengen. Het is utopisch, idealistisch en niet nodig om alleen vanuit deze uitgangspunten te denken en werken. De zorgketen staat te ver af van actoren om zich te binden aan de doelen van de zorgketen. Weinig actoren wijzen daarbij het doel af om de cliënt zo goed mogelijk te bedienen. Betere zorg voor cliënten is daarom niet wat actoren over de streep trekt. Actoren raken eerder geïnteresseerd als zij zien dat hun problemen kunnen worden opgelost door de zorgketenvorming. Voor actoren zijn de problemen die zij in hun dagelijkse praktijk tegenkomen de belangrijkste drijfveer om veranderingen door te voeren. Aanbevolen wordt daarom om niet alle energie te steken in activiteiten om actoren te binden aan de doelen. Het is beter om ontwikkelingen probleemgericht te benaderen. Laat actoren inzien welke problemen opgelost kunnen worden in hun werkomgeving als zij meewerken.

Kennis en vaardigheden van managers en professionals

De ontwikkeling van zorgketens doet een beroep op de vaardigheden van actoren. De vaardigheden van managers zijn van oudsher beheersmatig van aard en gericht op het verbeteren van de bedrijfsvoering binnen de eigen organisaties. In zorgketens komen managers voor een geheel nieuwe uitdaging te staan. Zij vormen de schakel tussen een veelheid aan belangen van actoren en zij hebben de taak om het optimaliseren van de bedrijfsvoering te verenigen met het realiseren van de doelen van de zorgketens.

In theorie is veel aandacht voor de nieuwe profielen waaraan managers moeten voldoen (e.g. Shortell e.a., 1995, 1996, 2000). Managers moeten kennis hebben van werkwijzen en functies van andere organisaties in de zorgketen, veranderingsgezindheid zijn, gericht zijn op collaboratie, grensoverschrijdend denken, conflicten kunnen gladstrijken en kunnen onderhandelen. Het accent ligt hiermee in theorie vooral op vaardigheden om de eensgezindheid en gelijkgerichtheid in zorgketens te bevorderen en top-down aan te sturen. Aan het belang van conflicten en het behoud van het bestaande wordt nauwelijks aandacht besteed. Aanbevolen wordt ten eerste om de profielen aan te vullen met vaardigheden als het kunnen managen van chaos en spanning, het kunnen bouwen van bruggen zonder de pijlers aan te tasten, het kunnen faciliteren van dialogen en bottom-up processen en het beheersen van coachende managementstijlen. Een tweede aanbeveling is om in managementopleidingen meer aandacht

te besteden aan deze managementvaardigheden. In opleidingen staan veelal logisch positivistische theorieën en vaardigheden centraal, terwijl managen in de praktijk geen kwestie is van rationeel ontwerpen, implementeren en controleren. Managers behoren in hun opleiding ook voldoende kennis op te doen over de diverse sectoren in de gezondheidszorg.

Voor professionals geldt eenzelfde redenering. Het ontwikkelen van zorgketens voltrekt zich op een spanningsveld tussen het behouden en verdiepen van monodisciplinaire kennis en werkwijzen en het vergroten van multidisciplinaire samenwerking. Aan professionals wordt aanbevolen om open te staan voor andere professionals en samenwerking op grensvlakken van professies. Het wederzijdse respect en de open houding die hiervoor nodig zijn, zijn echter nauwelijks aan te leren. Op dit moment wordt de basis voor een verschil in status en ongelijkwaardigheid voor een groot deel in opleidingen gelegd. Wrang is zelfs dat juist die professionals, die holistische en multidisciplinaire werkwijzen beheersen, onderaan staan in de pikorde. De status van verpleeghuisartsen, revalidatieartsen, huisartsen en medewerkers van verzorgings- en verpleeghuizen kan niet op tegen die van specialisten en medewerkers in de ziekenhuizen. Aanbevolen wordt daarom om in opleidingen afdoende aandacht te besteden aan de diverse facetten van de zorg, het belang van de werkzaamheden van iedere beroepsgroep, de waarde van culturen en de aanvullende kracht van diverse specialisaties. In het curriculum zouden vaardigheden in het coördineren van zorg en multidisciplinair werken in de zorg vervolgens niet mogen ontbreken. Volgens Oudendijk e.a. (2002:249) draagt een nieuwe flexibele beroepenstructuur ook bij aan het realiseren van innovaties en het verspreiden ervan. Te denken valt volgens hen aan het opleiden van nurse practitioners en gespecialiseerde verpleegkundigen en het aanleren van nieuwe werkwijzen aan artsen.

Aan managers van zorgketens wordt aanbevolen om het doorbreken van schotten tussen professionals te bevorderen door all-round bijscholing te verzorgen, medewerkers te laten rouleren en flexibel in te zetten in alle onderdelen van de zorgketen. Aanbevolen wordt echter vooral om evenredig aandacht te besteden aan de noden en werkwijzen in de verschillende organisaties in de zorgketen. Het voortrekken van één organisatie versterkt de ervaren verschillen tussen partners in de zorgketens alleen maar en het bestendigt bestaande negatieve relaties.

Tot besluit: Zorgen voor zorgketens

Het zorgketenconcept is vanwege ontwikkelproblemen en ontwikkelkosten en het creëren van monopolieposities hevig bekritiseerd en bevraagd. Het geloof in zorgketens blijft ondanks deze kritiek bestaan. Het organiseren met zorgketens zou de manier zijn om waarde te creëren in de gezondheidszorg. In de woorden van Friedman en Goes (2001): 'Integrated Health Networks remain one of the best mechanisms available to deliver high-quality, cost-effective care to local communities. The core value of integration (...) has not changed. Nor should it. (...) If healthcare delivery in the future is to be characterized by providing value to and being responsible for the health of a

defined community, health services must be provided by an integrated and coordinated set of providers. Returning to the fragmented and uncoordinated 'system' of the past is no solution.' De aandacht voor het realiseren van samenwerking en integrale zorg is vanwege het geloof in de juistheid van deze koers enorm toegenomen in het afgelopen decennium (Leutz, 1999; Kodner, 2000, 2003; Hardy e.a., 2003). De verwachting is dat deze aandacht voorlopig niet minder zal worden (Mur-Veeman e.a., 2003). Zorgketens zullen als organiserwijze nog meer dan nu in de zorgsector domineren.

In deze studie is bijgedragen aan het vervolgen van deze koers door de complexiteit te ontfaelen in de ontwikkeling. De resultaten bieden handvatten om keuzes te maken en processen te begrijpen. Uit deze studie blijkt dat er geen blauwdruk is voor zorgketens. Zorgketens kunnen verschillend worden geconfigureerd. Iedere zorgketenvorm heeft eigen merites. Het ontwikkelen van zorgketens vraagt wel altijd van professionals, managers en medewerkers van ondersteunende diensten dat zij tot overeenstemming komen over doelen die zij samen kunnen bereiken. Het ontwikkelen vereist dat zij elkaars culturen en belangen gaan accepteren. Zij moeten de beelden die zij van elkaar hebben bijstellen en de waarde gaan inzien van de benaderingswijzen en expertise in andere organisaties dan die van henzelf. 'Zorgen voor Zorgketens' is pas mogelijk als actoren voor elkaar openstaan en zich samen willen inzetten voor het creëren van meerwaarde voor cliënten en de maatschappij.

Literatuur



GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Ackerman III, F.K. 1992. 'The movement toward vertically integrated regional health systems'. *Health Care Management Review*. 17(3):81-88.
- Ahlgren, B. & R. Axelsson. 2005. 'Evaluating integrated health care: a model for measurement'. *International Journal of Integrated Care*, 5(augustus).
- Ahuja, G. 2000. 'The duality of collaboration: inducements and opportunities in the formation of inter-firm linkages'. *Strategic Management Journal*. 21(3):317-343.
- Aiken, M. & J. Hage. 1976. 'Organizational interdependence and intra-organizational structure'. In.: W.M. Evan (Ed.), *Interorganizational relations*, 161-185. Harmondsworth: Penguin Books.
- Aldrich, H. 1978. 'Centralization versus decentralization in the design of human service delivery systems: a response to Gouldner's Lament'. In: R.C. Sarri & Y. Hansefeld (Eds.), *The management of human services*, 51-79. New York: Columbia University Press.
- Aldrich, H.E. 1992. 'Incommensurable Paradigms? Vital signs from three perspectives'. In: M. Reed & M. Hughes (Eds.), *Rethinking organizations: new directions in organization theory and analysis*, 17-38. London: Sage publications.
- Alexander, J.A. & H.S. Zuckerman & D.D. Pointer. 1995. 'The challenges of governing integrated health care systems'. *Health Care Management Review*. 20(4):69-81.
- Alexander, E.R. 1998. 'A structuration theory of interorganizational coordination: cases in environmental management'. *The International Journal of Organizational Analysis*. 6(4):334-354.
- Alter, C. & J. Hage. 1993. *Organizations working together*. Newbury Park: Sage publications.
- Anderson, H.J. 1992. 'Hospitals seek new ways to integrate care'. *Hospitals*. 66(7):26-36
- Appleby, C. 1997. 'Organized chaos'. *Hospitals & Health Networks*. 71(14):50-52.
- Archer, M. 1995. *Realist Social Theory: The morphogenetic approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barber, B.J. & K.E. Koch & D. Parente & J. Mark & K.M. Davis. 1998. 'Evolution of an integrated health system: a life cycle framework'. *Journal of Healthcare Management*. 43(3):359-377.
- Barley, S.R. 1986. 'Technology as an occasion for structuring: Evidence from observations of CT Scanners and the social order of radiology departments'. *Administrative Science Quarterly*. 31(1):78-108.
- Barley, S.R. & P.S. Tolbert. 1997. 'Institutionalization and structuration: studying the links between action and institution'. *Organization Studies*. 18(1):93-117.
- Bartling, A.C. 1995. 'Integrated delivery systems: fact or fiction'. *Healthcare Executive*. 10(3):6-11.
- Bazzoli, G.J. & S.M. Shortell & N. Dubbs & C. Chan & P. Kralovec. 1999. 'A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos'. *Health Services Research*. 33(6):1683-1717.
- Benson, J.K. 1975. 'The interorganizational network as a political economy'. *Administrative Science Quarterly*. 20(2):229-. Also printed in L. Karpik (Ed.). 1978. *Organization and environment: theory, issues and reality*, 69-101. London: Sage.
- Berger, P.L. & T. Luckmann. 1971. *The social construction of reality; a treatise in the sociology of knowledge*. Harmondsworth/ Middlesex: Penguin University Books.

- Bernabei, R. & F. Lani & G. Gambassi & A. Sgadari & G. Zuccala & V. Mor & L.Z. Rubenstein & P. Carbonin. 1998. 'Randomised trial of impact of integrated care and case management for older people living in community'. *BMJ*. 316(May):1348-1351.
- Biemans, W.G. & J. van der Meer-Kooistra. 1994. 'Case research voor bedrijfskundig onderzoek I'. *Bedrijfskunde*. 66(1):51-56.
- Brown, M. & B.P. McCool. 1990. 'Health care systems: predictions for the future'. *Health Care Management Review*. 15(3):87-94.
- Brown, M. 1996. 'Mergers, networking, and vertical integration: managed care and investor-owned hospitals'. *Health Care Management Review*. 21(1):29-37.
- Budetti, P.P. & S.M. Shortell & I.M. Walters & J.A. Alexander. 2002. 'Physician and health system integration'. *Health Affairs*. 21(1):203-210.
- Burrell, G. & G. Morgan. 1994. *Sociological paradigms and organisational analysis: elements of the sociology of corporate life*. Newcastle upon Tyne: Arena, Atheneum Press.
- Byrne, M.M. & C.M. Ashton. 1999. 'Incentives for vertical integration in healthcare: the effect of reimbursement systems'. *Journal of Healthcare Management*. 44(1):34-46.
- Campbell, S. 1998. 'Questioning the integrated vision'. *Health Care Strategic Management*. 16(1):13-15.
- Cave, D.G. 1995. 'Vertical integration models to prepare health systems for capitation'. *Health Care Management Review*. 20(1):26-39.
- Charns, M.P. 1997. 'Organization design of integrated delivery systems'. *Hospital & Health Services Administration*. 42(3):411-432.
- Chung, S. & H. Singh & K. Lee. 2000. 'Complementarity, status similarity and social capital as drivers of alliance formation'. *Strategic Management Journal*. 21(1):1-22.
- Clancy, T.R. 2002. 'Defining lines'. *Nursing Management*. 33(4):25/26.
- Coddington, D.C. & K.D. Moore & E.A. Fischer. 1994. 'In pursuit of integration'. *Healthcare Forum Journal*. 37(2):53-59.
- Coddington, D.C. & K.D. Moore & E.A. Fischer. 1995. 'Integrating? Hang in there- the odds are in your favor'. *Healthcare Forum Journal*. 38(1):72-76.
- Coddington, D.C. & K.D. Moore & E.A. Fisher. 1996. 'Vertical integration: is the bloom off the rose?'. *Healthcare Forum Journal*. 39(5):42-47.
- Coddington, D.C. 2001. 'Integrated health care is alive and well'. *Frontiers of Health Services Management*. 17(4):31-40.
- Coddington, D.C. & K.D. Moore. 2002. 'Leading IDSs heed the call to invest in IT'. *Healthcare Financial Management*. 56(2):36-40.
- Commissie Moderniseren Ouderenzorg. 1994. *Ouderenzorg met toekomst*. Rijswijk: Enroprint.
- Conrad, D.A. & W.L. Dowling. 1990. 'Vertical integration in health services: theory and managerial implications'. *Health Care Management Review*. 15(4):9-22.
- Conrad, D.A. 1993. 'Coordinating patient care services in regional health systems: the challenge of clinical integration'. *Hospital & Health Services Administration*. 38(4):491-508.
- Conrad, A. & S.M. Shortell. 1996. 'Integrated health systems: promise and performance'. *Frontiers of Health Services Management*. 13(1):3-40.
- Cox, S.J. & P. van Daal. 1995. *Op zoek naar een nieuwe balans. Schaalvergroting in de Brabantse intramurale ouderenzorg*. Tilburg: PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord Brabant.
- CRM. *Nota bejaardenbeleid 1975*. TK 1974-1975 13463 nr. 1. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij.
- Cudney, A.E. 2002. Case management: a serious solution for serious issues. *Journal of health care management* 47 (3). pp. 149-152.
- Defever, M. 2004. 'Cultural changes'. In: H. Nies & P.C. Berman (Eds.), *Integrated services for older people: a resource book for managers*, 143-154. Dublin: EHMA.

- Delnoij D, I Kulu Glasgow, N Klazinga. 2002. *Integrated Care in an International Perspective: Proceedings of the workshop of the EUPHA-section Health Services Research, EUPHA Annual Conference 2001*. Brussel: EUPHA.
- Devers, K.J. & S.M. Shortell & R.R. Gillies & D.A. Anderson & J.B. Mitchell & K.L.M. Erickson. 1994. 'Implementing organized delivery systems: an integration scorecard'. *Health Care Management Review*. 19(3):7-20.
- Dijk, J.J.J. van. 1982. 'Netwerken van organisaties in de gezondheidszorg'. In: Th.M.A. van Keulen (red.), *Netwerken van organisaties in de gezondheidszorg*, 13-28. Alphen a/d Rijn: Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij.
- DiMaggio, P.J. & W.W. Powell. 1983. 'The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields'. *American Sociological Review*. 48(2):147-160.
- Doorn, J.A.A & C.J. Lammers. 1976. *Moderne sociologie: een systematische inleiding*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.
- Dunning, R.W. 1988. *Organisatietheorie vanuit bedrijfskundig perspectief*. Delft: Eburon.
- Ebers, M. & A. Grandori. 1999. 'The forms, costs and developmental dynamics of interorganizational networking'. In: M. Ebers (eds) *The formation of inter-organizational networks*, 265-286. Oxford: University Press.
- Edelman Bos, J.B.M. 1980. 'Netwerken: functie en functionering in strategisch perspectief'. In: A. Wasenberg (red.), *Netwerken: organisaties en strategie*, 109-138. Amsterdam: Boom/Meppel.
- Enthoven, A.C. 1993. The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 12 (supplement):24-48.
- Esposito, A.G. 2004. 'Contractual integration of physician and hospital services in the US'. *Journal of Management and Governance*. 8(1):46-69.
- Essers, J.P.J.M. 1999. 'Incommensurabiliteit en organisatie: over het management van verschil in organisaties'. In: M.J. Riemsdijk (red.), *Dilemma's in de bedrijfskundige wetenschap*, 206-232. Assen: van Gorcum.
- Evan, W.M. 1966. 'The organization-set: Toward a theory of interorganizational relations'. In: J.D. Thompson (Ed.), *Approaches to organizational design*, 174-191. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Evan, W.M. 1976. 'An organization-set model of interorganizational relations'. In: W.M. Evan (Ed.), *Inter-organizational relations*, 78-90. Harmondsworth: Penguin Books.
- Fischer, E. & D. Coddington. 1998. 'Integrated health care: passing fad or lasting legacy?'. *Healthcare Financial Management*. 52(1):42-48.
- Ford, D.S. 1996. 'Beginnings of an integrated delivery system'. *Nursing Homes*. 45(9):53/54.
- Fox, W.L. 1989. 'Vertical integration strategies: more promising than diversification'. *Health Care Management Review*. 14(3):49-56.
- Friedman, L. & J. Goes. 2001. 'Why integrated health networks have failed'. *Frontiers of Health Services Management*. 17(4):3-28.
- Galvin, L. 1995. 'Achieving successful integration'. *Healthcare Executive*. 10(1):38/39.
- Giddens, A. 1979. *Central problems in social theory: action, structure and contradiction in social analysis*. London: MacMillan.
- Giddens, A. 1984. *The constitution of society; outline of the theory of structuration*. Berkeley/ Los Angeles: University of California Press.
- Giddens, A. 1993. *New rules of sociological method; a positive critique of interpretative sociologies*. Cambridge: Polity Press.
- Giffin, M. & R.B. Giffin. 1994. 'Critical pathways produce tangible results'. *Health Care Strategic Management*. 12 (7):1-7.

- Gillies, R.R. & S.M. Shortell & D.A. Anderson & J.B. Mitchell & K.L. Morgan. 1993. 'Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study'. *Hospital & Health Services Executive*. 38(4):467-489.
- Gillies, R.R. & S.M. Shortell & G.J. Young. 1997. 'Best practices in managing organized delivery systems'. *Hospital & Health Services Administration*. 42(3):299-321.
- Gils, M.R. van. 1977. *De organisatie van organisaties; aspecten van interorganisatiele samenwerking*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen (oratie)
- Glendinning, C. 2002. 'Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England'. *Health Policy*. 65(2):139-151.
- Godchaux, C.W. & J. Trivioli & L.A. Hughes. 1997. 'A continuum of care model. *Nursing Management*. 28(11):73-76.
- Godfroij, A. 1981. *Netwerken van organisaties: strategieën, spelen, structuren*. s-Gravenhage: VUGA.
- Godfroij, A.J.A. 1989. 'Netwerken van organisaties'. In: P.A.E. van de Bunt & K.J. Nijkerk (red.), *Handboek Organisaties*. Alphen a/d Rijn: Samson.
- Godfroij, A.J.A. 1993. 'Interorganizational network analysis'. In: P. Beije & J. Groenewegen & O. Nuys (Eds.), *Networking in Dutch industries*, 69-93. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Goldsmith, J.C. 1993. 'Driving the nitroglycerine truck'. *Healthcare Forum Journal*. 36(2):36-44.
- Goldsmith, J.C. 1994. 'The illusive logic of integration'. *Healthcare Forum Journal*. 37(5):26-31.
- Grandori, A. & G. Soda. 1995. 'Inter-firm networks: antecedents, mechanisms and forms'. *Organization Studies*. 16(2):183-214.
- Grandori, A. 1997. 'An organizational assessment of interfirm coordination modes'. *Organization Studies*. 18(6):897-925.
- Granovetter, M.S. 1985. 'Economic action and social structure: The problems of embeddedness'. *American Journal of Sociology*. 91(3):481-510
- Gray, B. 1985. 'Conditions facilitating interorganizational collaboration'. *Human Relations*. 38(10):911-936.
- Greenberg, W. 1998. 'Marshfield clinic, physician networks and the exercise of monopoly power'. *Health Services Research*. 33(5):1461-1476.
- Griffith, J.R. 1996. 'Managing the transition to integrated health care organizations'. *Frontiers of Health Services Management*. 12(4):4-50.
- Gulati, R. & Garguilo, M. 1999. 'Where do interorganizational networks come from?'. *American Journal of Sociology*. 104(5):1439-1493.
- Haas, J.E. & T.E. Drabek. 1973. *Complex organizations: a sociological perspective*. New York: MacMillan Publishing Co, inc.
- Hall, R.H. 1991. *Organizations: structure, processes and outcomes*. Englewoods Cliffs/ New Jersey: Prentice Hall, inc.
- Hardy, B. & I. Mur-Veeman & M. Steenbergen & G. Wistow. 1999. 'Inter-agency services in England and The Netherlands; a comparative study of integrated care development and delivery'. *Health Policy*. 48(2):87-105.
- Hardy, B. & A. van Raak & I. Mur-Veeman & M. Steenbergen & A. Paulus. 2003. 'Introduction'. In: A. van Raak & I. Mur-Veeman & B. Hardy & M. Steenbergen & A. Paulus (Eds.), *Integrated care in Europe; discription and comparison of integrated care in six EU countries*, 9-14. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hébert, R. & Durand, P.J. & Dubuc, N. & Tourigny, A. 2003. 'Prisma: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada'. *International Journal of Integrated Care*. 3(March).
- Hébert, R. & A. Veil. 2004. 'Monitoring the degree of implementation of an Integrated Delivery System'. *International Journal of Integrated Care*. 4(September).

- Hendrix, H. & J. Konings & J. Doesburg & M. de Groot. 1991. *Functionele samenwerking. Werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector*. Baarn: H. Nelissen bv.
- Hicks, L.L. & K.D. Bopp. 1996. 'Integrated pathways for managing rural health services'. *Health Care Management Review*. 21(1):65-72.
- Higgings, C.W. & E.D. Meyers. 1987. 'Managed care and vertical integration: implications for the hospital industry'. *Hospital & Health Services Administration*. 32(3):319-327.
- Hite, J.M. & W.S. Hesterly. 2001. 'The evolution of firm networks: from emergence to early growth of the firm'. *Strategic Management Journal*. 22(3):275-286.
- Hudson, T. 1993. 'The race to integrate. Who will be the leaders'. *Hospitals & Health Networks*. 67(11):24-27.
- Huijsman, R. & M. de Klerk. 1997. 'Succesvolle zorgverlening aan ouderen in Nederland'. *Tijdschrift voor Sociale Geriatrie*. 75(7):406-416.
- Huijsman, R. 1998. *Koesteren en ketenen: Over regionaliseren in de ouderenzorg*. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Hurst, J.W. 1991. 'Reforming health care in 7 European countries'. *Health Affairs*. 10(3):7-21.
- Johnson, D.E.L. 1993. 'Integrated systems face major hurdles'. *Health Care Strategic Management*. 11(10):2-4.
- Johri, M. & F. Beland & H. Bergman. 2003. 'International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of evidence'. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 18(3):222-235.
- Kaluzny, A.D. & H.S. Zuckerman & D.J. Rabiner. 1998. 'Interorganizational factors affecting the delivery of primary care to older Americans'. *Health Services Research*. 33(2):381-401.
- Keyte, B. & H. Gershon. 1998. 'Developing a successful product line strategy'. *Health Care Strategic Management*. 16(9):1, 20-23.
- Kodner, D.L. 2000. 'Fully integrated care for frail elderly: two American models'. *International Journal of Integrated Care*. 1(November).
- Kodner, D.L. & C. Spreeuwenberg. 2002. 'Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a discussion paper'. *International Journal of Integrated Care*. 2(November).
- Kodner, D.L. 2003. 'Consumer-directed services: lessons and implications for integrated systems of care'. *International Journal of Integrated Care*. 3(June).
- Koka, B.R. & J.E. Prescott. 2002. 'Strategic alliances as social capital: a multidimensional view'. *Strategic Management Journal*. 23(9):795-816.
- Können, E.E. 1984. *Ziekenhuissamenwerking, fusie en regionalisatie*. Den Haag: b.v. Grafische Bedrijven P4.
- Kralewski, J.E. & A. de Vries & B. Dowd & S. Potthoff. 1995. 'The development of integrated service networks in Minnesota'. *Health Care Management Review*. 20(4):42-56.
- Labb, A. 1999. 'Integrated healthcare delivery; how are we shaping up?'. *Healthcare Executive*. 14(4):9-12.
- Laditka, S.B. & C.L. Jenkins. 2000. 'Enhancing inter-network cooperation among organizations providing mental health services to older persons'. *Administration and policy in mental health*. 28(2): 75-89.
- Lammers, C.J. 1993. *Organiseren van bovenaf en van onderop*. Utrecht: Het Spectrum.
- Lammers, C.J. & A.A. Mijs & W.J. van Noort. 2000. *Organisaties vergelijkenderwijs: ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties*. Utrecht: Het Spectrum.
- Leblebici, H. & G.R. Salancik & A. Copay & T. King. 1991. 'Institutional change and the transformation of interorganizational fields: an organizational history of the U.S. Radio Broadcasting industry'. *Administrative Science Quarterly*. 36(3):333-363.

- Leede, E. de & Ph. van Engeldorp Gastelaars. 1999. 'Naar een methodologie van de kunde: een pleidooi voor een context-afhankelijke methodologie.' In: M.J. van Riemsdijk (red.), *Dilemma's in de bedrijfskundige wetenschap*, 141-163. Assen: van Gorcum.
- Leeuw, A.C.J. de. 1999. 'Kwaliteit van bedrijfskundige kennis; kennisproducten en hun bruikbaarheid.' In: M.J. van Riemsdijk (red.), *Dilemma's in de bedrijfskundige wetenschap*, 185-205. Assen: van Gorcum.
- Leutz, W.N. 1999. 'Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and United Kingdom.' *The Milbank Quarterly*. 77(1):77-110.
- Lefton, M. 1970. 'Client characteristics and structural outcomes: towards the specification of linkages.' In: W.R. Rosengren & M. Lefton (Eds.), *Organizations and clients*, 17-36. Columbus/Ohio: C.E. Merrill Publishing Company.
- Lefton, M. & W.R. Rosengren. 1972. 'Organizations and clients: lateral en longitudinal dimensions.' In: R.H. Hall (Ed.), *The formal organization*, 111-124. New York/ London: Basis Book inc.
- Lefton, M. 1973. 'Client characteristics and organizational functioning: an interorganizational focus.' In: A.R. Neghandi (Ed.), *Modern organization theory*, 160-173. Kent: The Kent State University Press.
- Lehman, E.W. 1975. *Coordinating health care*. Beverly Hills: Sage publications.
- Leichsenring, K. 2004. 'Developing integrated health and social care services for older persons in Europe.' *International Journal of Integrated Care*. 4(September).
- Levine, S. & P.E. White. 1960. 'Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships.' *Administrative Science Quarterly*. 4(5):583-601.
- Lin YJ, Wan TTH. 2001. 'Effect of organizational and environmental factors on service differentiation strategy of integrated healthcare networks.' *Health Services Management Research* 14:18-26.
- Linenkugel, N. 2001. 'Integrated health networks are not created equal.' *Frontiers of Health Services Management*. 17(4):41-44.
- Linial, G. 1995. 'Why integration makes sense.' *Healthcare Executive*. 10(3):46.
- Litwak, E. & L.F. Hylton. 1962. 'Interorganizational analysis: a hypothesis on co-ordinating agencies.' *Administrative Science Quarterly*. 6(4):395-420.
- Litwak, E. & J. Rothman. 1970. 'Towards a theory and practice of coordination between formal organizations.' In: W.R. Rosengren & M. Lefton (Eds.), *Organizations and clients*, 137-186. Columbus/ Ohio: C.E. Merrill Publishing Company.
- Lumsdon, K. & M. Hagland. 1993. 'Mapping care.' *Hospitals & Health Networks*. 67(20):34-40.
- Lumsdon, K. 1994. 'More than revving the engine: systems take tangible steps toward physician & clinical integration.' *Hospitals & Health Networks*. 68(6):39-43.
- Lyne, P.A. & S.M. Williams. 1995. 'Care frames: interactive units of health-care delivery.' *Journal of Management in Medicine*. 9(4):53-62.
- Marrett, C. B. 1971. 'On the specification of interorganizational dimensions.' *Sociology and Social Research*. 56(1):83-99.
- Martinez, J.I. & J.C. Jarillo. 1989. 'The evolution of research on coordination mechanisms in multinational corporations.' *Journal of International Business Studies*. 20(3):489-514.
- Matherlee, T.R. 1995. 'Turmoil at the top.' *Health Systems Review*. 28(6):15-18.
- Metcalfé, J.L. 1976. 'Organizational strategies and interorganizational networks.' *Human Relations*. 29(4):327-343.
- Meyer, J.W. & B. Rowan. 1977. 'Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony.' *American Journal of Sociology*. 83(2):340-363.
- Meyer, J.W. & M.G. Feingold. 1995. 'Integrating financial modeling and patient care reengineering.' *Health Care Financial Management*. 49(2):32-40.

- Mick, S.S. & D.A. Conrad. 1988. 'The decision to integrate vertically in health care organizations'. *Hospital & Health Services Administration*. 33(3):345-360.
- Mijs, A.A. 1987. *Het ontstaan van RIAGG's in Amsterdam*. Lisse: Swets & Zweitlinger.
- Miller, R.H. 1996. 'Health system integration: a means to an end'. *Health Affairs*. 15(2):92-106.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. 1974. *Structuurnota gezondheidszorg*. Leidschendam: staatsuitgeverij.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1999. *Zicht op zorg*. Den Haag: VWS.
- Mintzberg, 1983. *Structures in five; designing effective organisations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Mohrman, S.A. 1993. 'Integrating roles and structure in the lateral organization'. In: J.R. Galbraith & E.E. Lawler III (Eds.), *Organizing for the future: The new logic for managing complex organizations*, 109-142. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Morlock, L. & J. Alexander. 1986. 'Models of governance in multihospital systems: Implications for hospitals and system level decisionmaking'. *Medical Care*. 24(12):1118-1135.
- Mouzelis, N. 1995. *Sociological theory: What went wrong?*. New York: Routledge.
- Mur-Veeman, I. & I. Eijkelberg & C. Spreeuwenberg. 2001. 'How to manage the implementation of shared care; a discussion of the role of power, culture and structure and the development of shared care arrangements'. *Journal of Management in Medicine*. 15(2):142-155.
- Mur-Veeman, I. & A. van Raak & A. Paulus & M. Steenbergen. 2003. 'Comparison and reflection'. In: A. van Raak & I. Mur-Veeman & B. Hardy & M. Steenbergen & A. Paulus (Eds.), *Integrated care in Europe; description and comparison of integrated care in six EU countries*, 169-190. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Nies, H. & M. Boekholdt. 1994. 'Het project innovatieve ouderenzorg: grootschalig en planmatig vernieuwen'. In: H. Nies & S. Kollaard (red.), *De praktijk van vernieuwingswerk in de ouderenzorg*, 1-10. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nies, H. 2004. 'Integrated care: concepts and background'. In: H. Nies & P.C. Berman (Eds.), *Integrated services for older people: a resource book for managers*, 17-32. Dublin: EHMA.
- Noordergraaf, M. & P. Meurs. 2000. *De zichtbare manager: wat weten we van directeurs in de gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG/EUR.
- Nooteboom, B. 2000. 'Institutions and forms of co-coordination in innovative systems'. *Organization Studies*. 21(5):915-939.
- Oliver, C. 1990. 'Determinants of interorganizational relationships: integration and future directions'. *Academy of Management Review*. 15(2):241-265.
- Oliver, A.L. & M. Ebers. 1998. 'Networking Network Studies: an analysis of conceptual configurations in the study of inter-organization relationships'. *Organization Studies*. 19(4):549-583.
- Oudendijk, N. & P. de Vries & G. Schrijvers. 2002. 'Samenvatting, conclusies en aanbevelingen: sneller van kennis naar actie'. In: G. Schrijvers, N. Oudendijk, P. de Vries, M. Hageman (red.), *Moderne patiëntenzorg in Nederland: van kennis naar actie*, 239-251. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Park, S.H. 1996. 'Managing an interorganizational network: a framework of the institutional mechanism for network control'. *Organization Studies*. 17(5):795-824.
- Parker, V. & M.P. Charns & G.J. Young. 2001. 'Clinical service lines in integrated delivery systems: an initial framework and exploration'. *Journal of Health Care Management*. 46(4):261-275.
- Pointer, D.D. & J.A. Alexander & H.S. Zuckerman. 1995. 'Loosening the Gordian knot of governance in integrated health care delivery systems'. *Frontiers of Health Services Management*. 11(3):3-39.
- Raak, A. van & I. Mur-Veeman & A. Paulus. 1999. 'Understanding the feasibility of integrated care: a rival viewpoint on the influence of actions and the institutional context'. *International Journal of Health Planning and Management*. 14(3):235-248.

- Raak, A. van & I. Mur-Veeman & B. Hardy & M. Steenbergen & A. Paulus (Eds.). 2003. *Integrated care in Europe; description and comparison of integrated care in six EU countries*, 9-14. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Randson, S. & B. Hinings & R. Greenwood. 1980. 'The structuring of organizational structures'. *Administrative Science Quarterly*. 25(1):1-17.
- Reilly, S. & D. Challis & A. Burns & J. Hughes. 2003. 'Does integration really make a difference?: a comparison of old age psychiatry services in England and Northern Ireland'. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 18:887-893.
- Riemsdijk, M.J. van. 1999. 'Dilemma's in de bedrijfskundige wetenschap'. In: M.J. van Riemsdijk (red.), *Dilemma's in de bedrijfskundige wetenschap*, 1-27. Assen: van Gorcum.
- Robinson, J.C. & L.P. Casalino. 1996. 'Vertical integration and organizational networks in health care'. *Health Affairs*. 15(1):7-22.
- Robinson, J.C. 1996. 'The dynamics and limits of corporate growth in health care'. *Health Affairs*. 15(2):155-168.
- RVZ. 1998. *Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief*. Zoetermeer: RVZ.
- Salancik, G.R. 1995. 'WANTED: A good network theory of organizations'. *Administrative Science Quarterly*. 40(2):345-349.
- Savage, G.T. & R.L. Taylor & T.M. Rotarius & J.A. Buessler. 1997. 'Governance of integrated delivery systems/ networks: a stakeholder approach'. *Health Care Management Review*. 22(1):7-20.
- Scharpf, F.W. 1978. 'Interorganizational policy studies: issues, concepts and perspectives'. In: K. Hanf & F. Scharpf (Eds.), *Interorganizational policy making: limits to coordination and central control*, 345-370. London/ Beverly Hills: Sage Publications.
- Schein, E. 1988. *Organizational culture and leadership*. San Francisco/London: Josey-Bass Publishers.
- Scott, R.W. 1987. 'The adolescence of institutional theory'. *Administrative Science Quarterly*. 32(4):493-511.
- Scott, W.R. & J.W. Meyer. 1991. 'The organization of societal sectors: propositions and early evidence'. In: W. Powell & P.J. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalisme in organizational analysis*, 108-142. Chicago: University of Chicago Press.
- Scott, R.W. 1994. 'Introduction'. In: R.W. Scott (Ed.), *Organization Sociology*, XIII-XXI. Dartmouth: The international library of management.
- Scott, W.R. 1995. *Institutions and organizations*. London: Sage publications.
- Selznick, P. 1957. *Leadership in administration; a sociological interpretation*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Selznick, P. 1992. *The moral commonwealth: social theory and the promise of community*. Berkeley, Los Angeles, Oxford: University of California Press.
- Shortell, S.M. & R.R. Gillies & D.A. Anderson & J.B. Mitchell & K.L. Morgan. 1993. 'Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators'. *Hospital & Health Services Administration*. 38(4):447-466.
- Shortell, S.M. & R.R. Gillies & D.A. Anderson. 1994. 'The new world of managed care: creating organized delivery systems'. *Health Affairs*. 13(5):46-64.
- Shortell, S.M. & R.R. Gillies & K.J. Devers. 1995. 'Reinventing the American hospital'. *The Milbank Quarterly*. 73(2):131-160.
- Shortell, S.M. & R.R. Gillies & D.A. Anderson & K.M. Erickson & J.B. Mitchell. 1996. *Remaking health care in America: Building organized delivery systems*. San Francisco: Jossey-Bass Publications.
- Shortell, S.M. & R.R. Gillies & D.A. Anderson & K.M. Erickson & J.B. Mitchell. 2000. *The evolution of organized delivery systems*. San Francisco: Jossey-Bass Publications.
- Silverman, D. 1974. *Organisatietheorie*. Rotterdam: Universitaire Pers.

- Simpson, J.D. & M.B. Coate. 1998. 'Efficiencies or anticompetitive effects: vertical integration of hospitals into medical practices'. *The antitrust bulletin*. 43(2): 375-401.
- Snel, M. 1986. *De netwerkbenadering, strategieën voor machtsverwerving*. Amersfoort: De Horstink/WONN.
- Snow, C.C. & J.B. Thomas. 1993. 'Building networks: Broker roles and behaviours'. In: P. Lorange P. (eds). *Implementing Strategic Processes: Change, learning and co-operation*, 217-38. Oxford: Blackwell
- Spreeuwenberg C. 2005. 'Tien kenmerken voor een ideaal disease management programma'. In: A.J.P. Schrijvers, C. Spreeuwenberg, J. Van der Laag, G.E.H.M. Rutten, G. Nabarro, A.H. Schene (red.). *Disease Management in de Nederlandse Context*, 9-24. Utrecht: Igitur.
- Sobrero, M. & S. Schrader. 1998. 'Structuring inter-firm relationships: a meta-analytical approach'. *Organization Studies*. 19(4):585-615.
- Stahl, D.A. 1995. 'Critical pathways in subacute care'. *Nursing Management*. 26(9):16-18.
- Swanborn, P.G. 1996. *Case study's. Wat, wanneer en hoe?* Amsterdam/Meppel: Boom.
- Terwel, W.J. 1995. 'Van afspraak tot integratie'. *Gezondheidszorg en Management*. (7/8):22-24.
- Thompson, J.D. 1967. *Organizations in action*. New York: McGraw-Hill.
- Thorelli, H.B. 1986. Networks: between markets and hierarchies. *Strategic Management Journal*. volume 7. pp. 37-51.
- Tsai, W. 2002. 'Social structure of "coopetition" within an multiunit organization: coordination, competition, and intraorganizational sharing'. *Organization Science*. 13(2):179-190.
- Ven, A.H. van de & D.C. Emmet & R. Koenig. 1974. 'Frameworks for interorganizational analysis'. *Organization and Administrative Sciences*. 5(1):113-129.
- Verschuur, A. 2001. 'Minder geld voor zorg door dure 'dure' CAO'. *Ouderenzorg*. 1:6-9.
- Vondeling, H. 2004. 'Economic evaluation of integrated care: an introduction'. *International Journal of Integrated Care*, 4 (March).
- Vries, P. de & N. Oudendijk & G. Schrijvers. 2002. 'Inleiding'. In: G. Schrijvers, N. Oudendijk, P. de Vries, M. Hageman (red.). *Moderne patiëntenzorg in Nederland: van kennis naar actie*, 13-20. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Walston, S.L. & J.R. Kimberly & L.R. Burns. 1996. 'Owned vertical integration and health care: promise and performance'. *Health Care Management Review*. 21(1):83-92.
- Wan, T.T.H. & A. Ma & D.Y.J. Lin. 2001. 'Integration and performance of healthcare networks: do integration strategies enhance efficiency'. *International Journal of Integrated Care*, 1(june).
- Wan, T.T.H. & B.B.L. Wang. 2003. 'Integrated healthcare networks' performance: a growth curve modeling approach'. *Health Care Management Science*. 6(2):117-124.
- Warren, R.L. 1967. 'The interorganizational field as a focus for investigation'. *Administrative Science Quarterly*. 12(3):396-419.
- Warren, R.L. & A.F. Burgundur & J.W. Newton & S.M. Rose. 1973. 'The interaction of community decision organizations: some conceptual considerations and empirical findings'. In: A.R. Negandi (Eds.), *Modern organization theory*, 145-159. Kent: The Kent State University Press.
- Wassenberg, A. 1980. 'Netwerk: rivaliteit en samenwerking tussen organisaties'. In: A. Wassenberg (red.), *Netwerken van organisaties*, 17-47. Amsterdam: Boom/Meppel.
- Wassenberg, A. 1995. *Strategievorming: condities, codes en commitments*. Delft: Eburon.
- Wells, R. 2001. 'How institutional theory speaks to changes in organizational populations'. *Health Care Management Review*. 26(2):80-84.
- Weiner, B.J. & L.A. Savitz & S. Bernard & L.G. Pucci. 2004. 'How do integrated delivery systems adopt and implement clinical information systems'. *Health Care Management Review*. 29(1):51-66.
- Wester, H. 1991. *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.

- Wicks, D. 2001. 'Institutionalized mindsets of invulnerability: differentiated institutional fields and the antecedents of organizational crises.' *Organization Studies*. 22(4):659-692.
- Williams, J.B. 1992. 'Guidelines for managing integration.' *Healthcare Forum Journal*. 35(2):39-47.
- Yin, R.K. 1984. *Case study research. Design and methods*. Beverly Hills: Sage Publications, inc.
- Young, D.W. & D. Barrett. 1997. 'Managing clinical integration in integrated delivery systems: a framework for action.' *Hospital & Health Services Administration*. 42(2):255-279.
- Zeitz, G. 1980. 'Interorganizational dialectics.' *Administrative Science Quarterly*. 25(1):72-88.
- Zijderveld, A.C. 1974. *Institutionalisering: een studie over het methodologisch dilemma der sociale wetenschappen*. Meppel: Boom.
- Zorgconsult Nederland. 2000. *Zorgketens in internationaal perspectief*. Bilthoven: Zorgconsult Nederland.
- Zucker, L.G. 1977. 'The role of institutionalization in cultural persistence.' *American Sociological Review*. 42(5):726-743.
- Zucker, L.G. 1987. 'Institutional theories of organization.' *Annual Review of Sociology*. 13:443-464.
- Zwaan, A.H. 1990. *Organisatie-onderzoek*. Assen: Van Gorcum.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR DOCUMENTENANALYSES

Carint

- Transmurale zorg Midden-Twente. 1996. Projectbeschrijving.
- Werkgroep Transmurale zorg. 1996. Opzet communicatiestructuur.
- Balans. 1997. Voorgenomen besluit tot deelname aan Stichting Zorgbalans gedurende pilotperiode.
- SMT. Verpleegunit D1. 1997. Informatie over Neuro Development Treatment. augustus.
- Transmurale zorg in Midden-Twente. 1998. Transmuraal nieuws. januari.
- Balans. 1998. Welzijn, wonen en zorg in Balans; meerjarenbeleidsplan Stichting 'De Balans' 1999-2004. april.
- Balans. 1998. Organisatiestructuur van De Balans, stichting voor welzijn, wonen en zorg. april.
- De Balans. 1998. Rapportage Pilotperiode: mei 1997 tot 1 januari 1999. december.
- TCT, SZH. 1999. Stichting SZH-TCT; beslisdocument inzake uitwerking voorgenomen besluit 'bestuurlijke integratie'. maart.
- De Zorgschakel. B. Bartelink. 1999. Project transmurale zorg. maart.
- Transmurale zorg Midden Twente: van project naar structurele zorgketen ontwikkeling. november 1999.
- De Zorgschakel. 1999. Businessplan. november.
- Profielschetsen De Twentsche Hof, TCT en SZH. 2000.
- Carint. Voorgenomen besluit tot vorming van de dienst Personeel en Opleidingen. 2000. Notitie P&O. 2000.
- Carint. 2000. Concept Strategisch meerjarenplan 2001-2004: zo thuis mogelijk.
- Blok, J. de. 2000. Startnotitie Visieontwikkeling Twinta/Twentsche Hof. februari.
- Overeenkomst Twinta - Twentsche Hof, stichtingen voor welzijn wonen en zorg. februari 2000.
- De Zorgschakel. 2000. Nieuwsbrief, nummer 1, maart.
- Intentieovereenkomst Stichting Welzijn Ouderen Diepenhiem, Stichting Welzijn Ouderen - Woonzorgcentrum Anholtskamp, Stichting Twinta: stichting voor welzijn, wonen en zorg. april 2000.
- Stichting concern SZH - TCT - DTH. 2000. Beslisdocument inzake uitwerking voorgenomen besluit bestuurlijke integratie. juni.
- Twinta/Twentsche Hof. 2000. Rapport projectgroep Economisch Administratieve Zaken. juni.
- Twinta. 2000. Twintanieuws. laatste editie. juli/augustus.
- Twinta-Twentsche Hof. 2000. Samenvatting van de 8 sessies met middenkader en sleutelfiguren en de stuurgroep. november.
- TCT. 2001. Jaarverslag 2000.
- Carintnieuws. 2001. nummer 1. januari.
- Carint. 2001. Strategisch meerjarenplan 2001-2004: zo thuis mogelijk. april.
- Carintnieuws. 2001. nummer 2. juni.
- Ziekenhuisgroep Twente. 2001. Projectbeschrijving TIA-Poli. juni.
- Carint. 2001. Visie op welzijn, wonen en zorg. augustus.

- Carint. 2001. Visie op welzijn, wonen en zorg: visie en beleid vrijwilligers. september.
- Carintnieuws. 2001. nummer 3. september.
- De Zorgschakel. 2001. CVA nazorgmeldpunt voor getroffen en centrale verzorgers. november.
- De Zorgschakel. 2001. Regionale stroke service Midden Twente. december.
- Carint. 2002. Folder Gezondheid Service.
- Carint. 2002. In contact met Carint; partner voor het leven.
- Trivium. 2002. Trivium in beeld.
- Carint. 2002. Jaarbeeld 2001. De groei naar Carint.
- Carint. 2002. Carint visie: elke groep zijn eigen kleur, decentrale vrijheid versus centrale sturing. Plan P&O 2003.
- De Zorgschakel. 2002. CVA zorgketen. nazorgmeldpunt. januari.
- Carint. 2002. Visie op welzijn, wonen en zorg: visie en beleid cliënten. januari.
- Carint. 2002. Presentatie Genuagroep: ketenkwaliteit. maart.
- Carintnieuws. 2002. nummer 3. september.
- Carint. 2003. Jaarbeeld 2002. Thuis bij Carint.
- Carintronde. 2003. nummer 3. juni.
- Schoenmaker, M. 2003. Managementsamenvatting eindadvies P&O-functie Carint. juni.
- Carint Kaderbrief 2004. augustus 2003.
- Carint bedrijfscode. oktober 2003.
- Jaarplan 2004 P&O. 2003. Ontwikkeling door beheersing. oktober.
- Overzicht projecten Carint. 2004.
- Carint. 2004. Perspectiefnota 2004-2006; Welzijn-, woon- en zorgarrangementen 2004-2006: Keuze-menu Carint.
- Carint Contact. 2004. nummer 1. maart.
- Carint. folder. Aangenaam Carint: wie we zijn en wat we doen.
- Carint. folder. Services aan huis.
- Carint. folder. Algemeen Maatschappelijk Werk: informatie over mogelijkheden en werkwijze.
- Carint. folder. Verzorging: wat houdt dat in?
- Carint. folder. Wijkverpleging: wat houdt dat in?
- Carint. folder. Dagverzorging psychogeriatric “n Kuierhook”.
- Carint. folder. Dagverzorging voor ouderen: “Het Uitzicht” in Delden, “De Eikenborg” in Hengevelde.
- Carint. folder. Gezondheid Service Lidmaatschap 2003: aanvullende dienstverlening voor jong en oud.
- Carint. folder. Personenalarmering: hulp binnen handbereik, dag en nacht.
- Carint. folder. Dagopvang voor ouderen.
- Carint. folder. Gespreksgroep: voor familieleden van dementerende ouderen, omgaan met dementie in de thuissituatie.
- Carint. folder. De Zorgschakel. Het transmurale bedrijf van Streekziekenhuis Midden-Twente en Thuiszorg Centraal Twente.
- Carint. folder. De Zorgschakel: transmuraal team.
- Carint. folder. De Zorgschakel: transferpunt.
- Carint. folder. 't Roessingh. CVA nazorgpoli.
- Carint. folder. Hersenletselteam Overijssel.
- Carint. folder. Transmurale standaard regio Midden Twente. TIA/ Dreigend CVA.
- www.carint.nl
- www.thuiszorgtc.nl
- www.detwentschehof.nl

Rivas Zorggroep

- Brat. 1995. Een sterke combinatie.
- Lüning, E. & C. van Vlaanderen. 1996. De Geriatrische Observatie Unit (GOU).
- SZG, VSV, Waerthove, Trias, SVA, Waardse Rading. 1996. Zorg in de regio; ouderenzorg.
- Waardse Rading. 1997. Jaarverslag 1996.
- Waardse rading. 1997. Vernieuwing ouderenzorg: plan van aanpak 1997.
- Deilgroep. 1998. CVA unit in het verzorgingshuis; een soepele aansluiting.
- SZG. 1998. Jaarverslag 1997.
- Waardse Rading. 1998. Jaarverslag 1997.
- Waardse Rading. 1998. Journaal 1998.
- SZG, Waardse Rading, Stichting Heerewaerden. 1998. Zorgeloos Wonen in Giessenlanden.
- Boonekamp, L.C.M. & R. Huijsman. 1998. Bouwen aan een transmuraal zorgconcern; taferelen bij de Gorinchemse fusie tussen ziekenhuis en verpleeghuizen. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Vlaanderen, C. & K. Hazelaar. 1998. Op weg naar een transmurale zorgketen in de regio Gorinchem. VDB magazine. 20 (5). pp.:32/33.
- Concept fusiedocument. 24 augustus 1998.
- Waardse Rading, SZG, Stichting Heerewaerden. 1998. Fusiejournaal. nummer 2: november.
- SZG. 1998. SZG Journaal. november 1998.
- Stichting Heerewaerden. 1999. Jaarverslag. 1998.
- SZG. 1999. Jaarverslag 1998.
- Jellema, S.T. 1999. Transmuraal Team. Jaarplan 1999.
- Rivas Zorggroep. 1999. Het Geriatrisch Onderzoek- en Advies Centrum.
- Rivas Zorggroep. 1999. Activiteitenplan 1999/2000.
- Rivas Zorggroep. 1999. Beleidsplan 2000-2005. Vakgroep verpleeghuisgeneeskunde.
- Rivas Zorggroep. 1999. Organisatieplan dienst PO&O Stichting Rivas.
- Rivas Zorggroep. 1999. P. Keulens. Beleidsnota Rivas woonzorg, locatie Steyndeld, op weg naar de 21e eeuw.
- Rivas Zorggroep. 1999. Fusiejournaal. nummer 4: februari.
- Rivas Zorggroep. 2000. Jaarverslag 1999.
- Waerthove. 2000. Beleidsplan 2001-2004.
- Rivas Zorggroep. 2000. Rivas Reporter. mei 2000.
- Rivas Zorggroep. 2001. Jaarverslag 2000.
- Rivas Zorggroep, Pantein, Stichting Amstelring, Zorggroep Almere. 2001. CAO-keuzes bij een transmurale fusie.
- Rivas Zorggroep. T. Steinbach (hoofd facilitaire dienst ad interim). 2001. Facilitaire dienst in ander perspectief.
- Rivas Zorggroep. T. Steinbach (hoofd facilitaire dienst ad interim). 2001. Facilitaire dienst in perspectief: een reorganisatieplan als vervolg op de nota facilitaire dienst in ander perspectief.
- Stichting Ketenzorg. 2001. Cliënt centraal, zorg op maat en thuis als het kan.
- Tex. 2001. Patiënten met een beroerte: beschrijving huidige situatie deelproject Tex.
- Tex. 2001. Overzicht inventarisatie dementie-trajecten. april.
- Tex. 2001. Overzicht inventarisatie knelpunten dementie-trajecten. oktober.
- Rivas Zorggroep. 2001. Naar een nieuwe organisatie voor Rivas. oktober.
- Tex. 2001. Beknopte samenvatting vorderingen Tex deelproject Dementie. december.
- Rivas Zorggroep. 2002. De dienst Personeel, Organisatie & Opleiden nader bekeken.
- Rivas Zorggroep. 2002. Jaarverslag 2001.
- Rivas Zorggroep. 2002. Beleidsplan 2000-2005.

- Tex. 2002. Richtlijn voor de huisarts inzake de acute situatie rondom een patiënt met (een vermoedelijke) beroerte.
- Tex. 2002. Criteria voor plaatsing op de CVA-unit in verzorgingshuis Sint Clara.
- Rivas Zorggroep. 2002. Notitie revalideren in Lingesteyn.
- Tex. 2002. Notitie Proces en doorstroming, de acute fase.
- Tex. 2002. Knelpunten en doelen binnen het huidig proces.
- Tex. 2002. Overzicht criteria voor doorplaatsing na de acute fase.
- Tex. 2002. Taakfunctieomschrijving aandachtsvelder neurologie.
- Tex. 2002. De aandachtsvelder als coördinator.
- Rivas Zorggroep. 2002. Folder Revalideren in verpleeghuis Lingesteyn.
- Tex. 2002. Tussenrapportage en projectvoorstel Tex deelprojectgroep dementie. januari.
- Rivas Zorggroep. 2002. Rivas Report. voorjaar.
- Rivas Zorggroep. 2002. Rivas in de regio Leerdam Vianen Lingewaal; wat is haar positie en wat te doen in 2002. mei.
- Rivas Zorggroep. 2002. Eindrapportage Projectgroep 'zorg' / Samenwerking Waerthove-Rivas. juli.
- Rivas Zorggroep. 2002. Rivas Report. najaar.
- Rivas Zorggroep. 2003. Jaarverslag 2002.
- Rivas Zorggroep. 2003. regio Leerdam, Vianen, Lingewaal. Werkplan thuiszorg 2003-2004.
- Rivas Zorggroep. 2003. Gecombineerd Organisatie- en bemensingsplan P&O teams.
- Rivas Zorggroep. 2003. Zorgvisie verpleeghuiszorg regio Leerdam, Vianen en Lingewaal. januari.
- Rivas Zorggroep. 2003. Fusienieuws. nummer 6.
- Rivas Zorggroep. 2003. Rivas Flits. nr. 1. januari.
- Rivas Zorggroep. 2003. Rivas Reporter. februari.
- Rivas Zorggroep. 2003. Rivas Report. voorjaar.
- Rivas Zorggroep. 2003. Rivas Flits. nummer 12. juni.
- Rivas Zorggroep. 2003. Rivas Reporter. juni.
- Rivas Zorggroep. 2003. Rivas Report. zomer.
- Rivas Zorggroep. 2003. Rivas Flits. nummer 16. augustus.
- Vergaderstukken van de Deilgroep uit de periode 1997-2003.
- www.rivas.nl
- www.waerthove.nl
- www.deltiagroep.nl

Pantein

- Zorgnetwerk Land Van Cuijk. 1994. De gezondheidszorg op 1 lijn. mei.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk. 1998. Het zorgnetwerk voor de toekomst. januari.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk. 1998. Daadkracht met passie. september.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk. 1999. Informatiebrochure Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord Limburg. september.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk. 1999. Persbericht: op weg naar een geïntegreerd bedrijf voor zorg en wonen in het Land van Cuijk en Noord Limburg. september.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk. 1999. Transmuraal Zorgmodel CVA Land van Cuijk. september.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. 1999. Jaarverslag 1998/1999, jaarplan 2000. september.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. 1999. Regionaal bedrijf voor zorg en wonen Land van Cuijk en Noord-Limburg. In de steigers. december.
- Maasziekenhuis. 2000. Organogram. januari.

- Zorgnetwerk Land van Cuijk. 2000. Nieuwsbrieven, nummer 1 tot en met 7: respectievelijk, januari, februari, maart, mei, juni, augustus, september.
- Partners holding. 2000. Visie op de toekomst van de combinatie zorg en wonen 2000-2005. februari.
- Partners Holding. 2000. Leiderschap en organisatie van de combinatie Zorg en Wonen. februari.
- TNO. 2000. Tussentijdse evaluatie CVA-project Land van Cuijk. juni.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. 2001. Eerste concept reglement medisch curatieve as HGSV.
- Pantein. 2001. Zorgeloos wonen en verzorgd worden in het Land van Cuijk en Noord-Limburg: thuis, zo dicht mogelijk bij thuis, zo thuis mogelijk.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. 2001. Presentatie en verslag werkconferentie Heiderbos. september.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. 2001. Presentatie en verslag cultuuronderzoek. september.
- Hoofd I&C. Notitie bevoegdhedenregeling. november.
- Pantein. 2002. Jaarverslag 2001. Pantein Verpleging & Verzorging.
- RvC Pantein. 2002. Voorgenomen besluit inrichting topstructuur Pantein. januari.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. 2002. Jaarverslag 2001. april.
- Pantein. Leiderschap & Organisatie. 2002. Stafdelingen Pantein. juni.
- Zorgnetwerk Land van Cuijk en Noord-Limburg. 2002. Basisprincipes projectmatig werken. juni.
- Richtlijn verpleegkundig handelen bij cva-patiënten. juni 2002.
- Pantein. 2002. Jaarverslag 2001. Pantein, inclusief Pantein Wonen. juli.
- TNO. 2002. Evaluatieonderzoek Transmurale zorg voor cva-patiënten in Land van Cuijk. augustus.
- Pantein. 2003. Leiderschap & Organisatie. Richten, inrichten en verrichten. Onderzoek & Ontwikkeling. april.
- Pantein. 2003. Jaarverslag 2002. juni.
- Pantein. 2003. Integratie stafafdelingen personeelszaken op Panteinniveau. De nieuwe afdeling personeelsmanagement. juni.
- Pantein. 2003. Notitie Leiderschap, afdeling personeelsmanagement en O&O. juli.
- Pantein. 2004. Pantein Breed. nummer 2.
- Pantein. 2004. Notitie woonzorgconcepten. 2e concept.
- PIO. 2004. Contract Wonen, Welzijn en Zorg voor de regio Land van Cuijk en Noord-Limburg. januari.
- Pantein. 2004. Wonen, zorg en welzijn onder één dak; project woonzorgcomplex Maashees. april.
- Pantein. Folder Zorg en Wonen onder één dak.
- www.brabantzorg.net
- www.maasziekenhuispantein.nl

Bijlagen



BIJLAGE 1

Kenmerken cases

Aantal en typen organisaties, aantal medewerkers, capaciteit, populatie

	Carint	Pantein	Rivas Zorggroep
ziekenhuis		1	1
verpleeghuizen	2	2 + 3 dependances	5
verzorgingshuizen	8	7	4
stichtingen welzijn ouderen	4	1	
thuiszorg	1		1
woningcorporatie		1	
populatie	230.000	125.000	250.000
medewerkers	3500	2300	5000
capaciteit V&V *	1500	2100	1200
bedden en polikliniekbezoeken		227	323
ziekenhuis		105.000	162.000

* capaciteit V&V = plaatsen verzorgingshuizen, verpleeghuizen, woningen, dagbehandeling

Organisaties Pantein en omringende zorgaanbieders naar dekkinggebied

Het Maasziekenhuis bedient het hele gebied.

cluster	verzorgingshuizen	verpleeghuizen	thuiszorg	woningen/ steunpunten	welzijnswerk
<i>Boxmeer</i>	De Elsendonck Huize Loôn Maasduinen State (1) Sint Anna (3)	Madeleine Hof van Sambeek	STBNO	De Wende De Weijerdonck De Passage Merlet	SWO Boxmeer verschillende ouderenbonden
<i>Cuijk</i>	Maartenshof	't Höfke	STBNO	't Trefpunt Hof van Cuijk Mariagaarde	SWO Cuijk verschillende ouderenbonden
<i>Mill/ Sint Anthonis</i>	Aldenhorst Op 't Hoogveld De Lookant	De Meihorst	STBNO	't Klôster 't Kroondomein	SWO Mill SWO Sint Anthonis 10 verschillende ouderenbonden
<i>Gennep</i>	Norbertushof Libermannhof (2)	Norbertushof	St. Tz. N-Limburg Groene Kruis Diensten (1)		Stichting open bejaardenwerk Gennep SWO Mook verschillende ouderenbonden
Pantein is vetgedrukt 1. Zorggroep Noord-Limburg 2. St. Bejaardenzorg Congregatie van de Heilige Geest				3. Stichting Sint Anna	

cluster Boxmeer: Boxmeer, Beugen, Groeningen, Holthees, Maashees, Oeffelt, Overloon, Rijkevoort, Sambeek, Vierlingsbeek en Vortum-Mullem, Afferden, Bergen, Well, Siebengewald, Ayen.

cluster Cuijk: Cuijk, Vianen, Sint Agatha, Katwijk, Haps, Beers, Linden.

cluster Mill/ Sint Anthonis: Mill, Sint Hubert, Langeboom, Wilbertoord, Sint Anthonis, Landhorst, Ledeacker, Oploo, Stevenbeek, Wanroij, Westerbeek.

cluster Gennep: Gennep, Ootmarsum, Milsbeek, Heijen, Ven-Zelderheide, Mook, Middelaar, Molenhoek, Plasmolen.

Organisaties Rivas Zorggroep en omringende zorgaanbieders naar dekkingsgebied

Het Beatrixziekenhuis bedient het gehele gebied.

gemeente	verzorgings- huizen	verpleeg- huizen	thuiszorg	serviceflats/ woon(zorg) complexen	welzijnswerk
<i>Gorinchem</i>	De Bannehof De Schutse Huize Steyndeld Sint Clara	't Nieuwe Gasthuis 't Kleine Gasthuis	Rivas Thuiszorg	De Boogflat Gorinchem Lindenborg Piazza	Rivas, afde- ling welzijn ouderen
<i>Hardinxveld- Giessendam</i>	Burg. de Boer (1) Pedaja (1)	Tiendwaert	Rivas Thuiszorg		Instel- lingen Ge- coördineerd Ouderenwerk
<i>Leerdam</i>	Huis ter Leede (1) Kon. Emmahuis (1)	Lingesteyn	Rivas Thuiszorg		SWO Leerdam
<i>Lingewaal</i>	Avondlicht		Rivas Thuiszorg, alleen verzorging St. Thuiszorg Mid- den Gelderland St. Thuiszorg en Mw Rivierenland	Asperen Leijenburg	SWO Lingewaal
<i>Vianen</i>	Batenstein (2)		Rivas Thuiszorg		SWO Vianen
<i>Liesveld</i>			Rivas Thuiszorg		
<i>Zederik</i>	Open Vensters (1)		Rivas Thuiszorg	Prinses Christina Marijkeflat Meerstaete	
<i>Nieuw Lekkerland</i>			Rivas Thuiszorg	't Waellant	L&N Smit's Stichting
<i>Graafstroom</i>	Graafzicht (1)		Rivas Thuiszorg		
<i>Alblasserdam</i>	De Waard (6)		Rivas Thuiszorg	Scheldehof Wilgenplein	SWO Alblasserdam
<i>Papendrecht</i>	De Kleine Waal (3) De Markt (3)	De Wieken (3)	Rivas Thuiszorg		SWO Papendrecht
<i>Sliedrecht</i>	Overslydrecht (6) Parkzicht (6)	Waerthove	Rivas Thuiszorg	Drechtstreek	St. Oude- renwerk Sliedrecht
<i>Werkendam</i>	Goezate (4) Lemmenskamp (4)		St. Regionaal Kruis- werk Mark & Maas St. TZ. Maasmond		Stichting Trema, sector sociaal cultu- reel werk
<i>Woudrichem</i>	De Notenhoff (5) Antonia (4)	Altenahove (4)	id		
<i>Wijk en Aalburg</i>	Wijkestein (5)				Commis- sie voor bejaardenwerk
<i>concerns</i>	1. Deltia Groep 2. Zorgspectrum 3. Stichting Stolpehove	4. Stichting Stroomland 5. Stichting Zorgcentra Pro Seniore 6. Stichting Waardeburgh			

Organisaties Carint en omringende zorgaanbieders naar dekkingsgebied

gemeente	verzorgingshuizen	verpleeghuizen	thuiszorg	wooncentra	welzijnswerk
<i>Bentelo/ Hengevelde</i>			Carint thuiszorg		
<i>Borne/ Bornerbroek</i>	't Dijkhuis (1) Sint Theresia (1)		Carint thuiszorg		SWO Borne
<i>Delden</i>	De Wieken	Sint Elisabeth	Carint thuiszorg		SWO Stad en Ambt Delden
<i>Denekamp</i>	St. Gerardus Majella (2)		Carint thuiszorg		
<i>Diepenhiem</i>			Carint thuiszorg		SWO Diepenhiem
<i>Goor</i>	Huize Scherpenzeel De Stoevelaar Herfstzon (3)		Carint thuiszorg		SWO Goor
<i>Hengelo</i>	Backenhagen Hooghagen Humanitas 't Woolde	Herinckhave Trivium (1)	Carint thuiszorg	Groot Driene De Korenbuurt De Bloembuurt 't Annink 't Voskamp De Hiebendaal 't Swafert (4)	SWO Hengelo
<i>Losser</i>	St. Maartensstede (2)	Oldenhove (2)		Langekamp	Stichting Cluster
<i>Markelo</i>	De Anholtskamp		Carint thuiszorg		SWO Markelo
<i>Oldenzaal</i>	Molenkamp (5) Mariahof (6) Scholtehof (6)		Carint thuiszorg Stichting Atzon		SWO Oldenzaal
<i>Ootmarsum</i>	Maria Ad Fontes (7) Huize Franciscus (2)		Carint thuiszorg		
<i>Weerselo</i>	Huize Sint Jozef (2)		Carint thuiszorg		SWO Dinkelland
	Carint is vetgedrukt 1. Trivium 2. Stichting Verzorging en Verpleging Twente-Oost 3. Stichting voor Wonen en Zorg Herfstzon			4. Dr. A. Fuldauerstichting 5. Stichting Huize Noord-Deurningen 6. Stichting Zorgfederatie Oldenzaal 7. Julia Stichting	

BIJLAGE 2

Respondenten

Respondenten Carint

voorzitter Raad van Bestuur	Carint
lid Raad van Bestuur 1	Carint
lid Raad van Bestuur 2	Carint
sectordirecteur BEAZ	Carint
sectordirecteur Huisvesting en Facilitaire Zaken	Carint
directeur Cliëntenservice	Carint
directeur Maatschappelijke dienstverlening	Carint
hoofd PO&O	Carint
directeur Carintgroep Innovaties & (para)medische diensten (tweemaal geïnterviewd)	Carint
directeur Carintgroep Delden	Carint
directeur Carintgroep Hengelo West	Carint
zorgmanager verpleeghuiszorg Delden	Carint
zorgmanager afdeling Hooyerink	Carint
zorgmanager verzorgingshuiszorg Delden	Carint
zorgmanager verzorgingshuiszorg Hengelo West	Carint
zorgmanager thuiszorg Delden	Carint
zorgmanager thuiszorg Hengelo West	Carint
beleidsmedewerker	Carint
verpleeghuisarts (afdelingen somatiek en PG)	Carint
verpleeghuisarts (revalidatie)	Carint
wijkverpleegkundige thuiszorg	Carint
gespecialiseerde gezinsverzorgende thuiszorg	Carint
neuropsycholoog verpleeghuis	Carint
maatschappelijk werker verpleeghuis	Carint
zorgcoördinator verpleeghuiszorg	Carint
fysiotherapeut verpleeghuis	Carint
ergotherapeut verpleeghuis	Carint
manager Zorgschakel	De Zorgschakel
projectleider CVA-project	De Zorgschakel
fysiotherapeut	Streekziekenhuis Midden Twente

Streekziekenhuis Midden Twente
Streekziekenhuis Midden Twente
Streekziekenhuis Midden Twente
RIO/ SMT
Trivium
Trivium
Revalidatiecentrum 't Roessingh
Revalidatiecentrum 't Roessingh
Revalidatiecentrum 't Roessingh
zelfstandig

Rivas Zorggroep
Rivas Zorggroep
Rivas Zorggroep
Rivas Zorggroep
Rivas Zorggroep

[illegible][illegible]

wijkverpleegkundige thuiszorg
 maatschappelijk werker Beatrixziekenhuis
 fysiotherapeut Beatrixziekenhuis
 logopedist Beatrixziekenhuis
 teamleider cva-unit Sint Clara
 ergotherapeut verpleeghuis
 sociaal psychiatrisch verpleegkundige
 sociaal geriater
 huisarts 1
 huisarts 2
 indicatieadviseur Stichting Ketenzorg
 verpleegkundige (toen nog geen Rivas)
 revalidatiearts

Rivas Zorggroep
 Rivas Zorggroep
 Rivas Zorggroep
 Rivas Zorggroep
 Rivas Zorggroep
 Rivas Zorggroep
 De Grote Rivieren
 De Grote Rivieren
 zelfstandig
 zelfstandig
 Stichting Ketenzorg
 Waerthove
 De Waarden

Respondenten Pantein

voorzitter Raad van Bestuur
 directeur Wonen en V&V (tweemaal geïnterviewd)
 interim-directeur V&V
 directeur Maasziekenhuis
 directiesecretaris
 beleidsmedewerker ouderenzorg en wonen
 hoofd facilitair bedrijf
 hoofd PO&O
 clustermanager Boxmeer
 clustermanager Mill/ Sint Anthonis
 zorgmanager Norbertushof
 zorgmanager Mill/ Sint Anthonis
 afdelingshoofd Maartenshof
 medewerker steunpunt Boxmeer
 verpleeghuisarts (revalidatie)
 verpleeghuisarts (PG en somatiek)
 projectleider CVA-project
 afdelingshoofd afdeling 5 Maasziekenhuis
 fysiotherapeut Maasziekenhuis
 cva-verpleegkundige Maasziekenhuis
 logopedist verpleeghuis
 afdelingshoofd verpleeghuis
 manager psychosociaal cluster verpleeghuis
 revalidatiearts
 ergotherapeut

Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 Pantein
 De Maartenskliniek
 De Maartenskliniek

cva-thuiszorgcoördinator
 manager thuiszorg
 wijkverpleegkundige thuiszorg
 huisarts
 liaisonverpleegkundige

Thuiszorg Brabant Noord-Oost
 Thuiszorg Brabant Noord Oost
 Thuiszorg Brabant Noord Oost
 zelfstandig
 RIO Land van Cuijk

Criteria respondentkeuze

Algemeen

Algemene criteria waren dat respondenten sleutelfiguren waren bij ontwikkelingen en samen alle onderdelen van de zorgketen en het ketentraject dekken. Het selecteren van respondenten heeft niet eenmalig plaatsgevonden. Op basis van hetgeen respondenten vertelden zijn steeds nieuwe respondenten geselecteerd, totdat datasaturatie werd bereikt.

Ketentraject CVA

Voor de selectie van respondenten is ten eerste aangesloten bij de CVA-projectteams in de cases. Deze teams waren ingesteld om het ketentraject voor CVA-patiënten vorm te geven. Van deze teams zijn de projectleiding en alle teamleden geïnterviewd. Wanneer niet alle projectgroep-leden de betrokken disciplines of instellingen bij het ketentraject vertegenwoordigden is een extra interview afgenomen met een respondent uit deze disciplines of instellingen. Het aantal interviews verschilt per case, omdat het aantal betrokken instellingen per case verschilt.

Ketentraject wonen, zorg en welzijn voor ouderen

Ketentrajecten voor wonen, zorg en welzijn zijn opgebouwd uit een veelheid aan projecten en producten. De projecten en producten worden echter steeds door dezelfde groep organisaties geleverd. Het interviewen van vertegenwoordigers van deze organisaties is daarom als eerste selectie criterium gehanteerd. Ten tweede zijn medewerkers geïnterviewd met de expliciete taak om het ketentraject te ontwikkelen.

Concernontwikkeling

Op basis van de algemene criteria zijn op alle bestuurs- en managementniveaus interviews afgenomen. Per case is daarbij steeds een selectie gemaakt voor een aantal regio's en ondersteunende diensten. Criterium hierbij was de mate waarin deze onderdelen het beste de ontwikkeling weerspiegelen. Deze keuze is in samenspraak met het bestuur van de zorgketen gemaakt. Voorts zijn beleidsmedewerkers en stafmedewerkers geïnterviewd die nauw betrokken zijn bij de concernontwikkelingen en ketentrajectontwikkelingen. Tenslotte zijn op basis van de interviews over de ketentrajecten extra interviews gehouden, indien uit deze interviews een nader te onderzoeken relatie tussen de concernontwikkeling en de ketentrajectontwikkeling naar voren kwam.

Interviewvragen naar aspect model

Aspecten model	Typen interviewvragen
Structuur	Algemeen: welke organisaties zijn wanneer met elkaar gefuseerd en waarom; welke personen waren erbij betrokken en op welke wijze; welke concernstructuren zijn in de loop der jaren gekozen en waarom; welke kernstructuurwijzigingen zijn in de loop der jaren doorgevoerd en met welk doel, knelpunten en successen; wat zijn wensen en plannen ten aanzien van de concernstructuur.
Bestuur en management	welke managementlagen zijn en waren er naar ketenorganisaties; welke taken/ bevoegdheden en verantwoordelijkheden heeft en had iedere laag; wat is en was de managementstructuur en waarom is voor deze structuren gekozen; wanneer en waarom hebben veranderingen in de structuur en organiserwijze van bestuur en management plaatsgevonden en met welke knelpunten en successen; hoe vindt en vond afstemming plaats tussen het bestuur en management onderling en met de ondersteunende diensten en de primaire processen en waarom en met welke knelpunten en successen; hoe beïnvloeden de verschillende niveaus en veranderingen daarin elkaar; hoe vindt en vond beleids- en besluitvorming plaats; waarover werd en wordt beleid gemaakt en door wie; op welke wijze en waarover vindt en vond afstemming in beleid en beslissingen plaats; beïnvloeden de managementstructuur, de beleids- en besluitvorming het handelen van managers en zo ja hoe; op welke wijze vindt en vond aansturing op integrale zorg plaats; is en was er specifiek beleid gericht op integrale zorg; op welke wijze dragen en droegen de beleid- en besluitvormingsstructuur aan het bereiken van integrale zorg bij; wat zijn plannen en wensen t.a.v. de organisatie van management en bestuur en de beleids- en besluitvormingsstructuren.
Ondersteunende diensten	welke ondersteunende diensten zijn en waren er; hoe waren en zijn de diensten georganiseerd en gestructureerd en waarom; wanneer en waarom hebben veranderingen in de structuur en organiserwijze van de ondersteunende diensten plaatsgevonden; hoe vindt en vond afstemming tussen de ondersteunende diensten onderling en de ondersteunende diensten met management en bestuur en de primaire processen plaats en waarom en met welke knelpunten en successen; hoe beïnvloeden de verschillende niveaus elkaar; wat zijn plannen en wensen t.a.v. de ondersteunende diensten.
Ketentraject CVA en wonen, zorg en welzijn ouderen	welke organisaties en personen/ beroepsbeoefenaren waren en zijn betrokken bij de zorg aan ouderen en CVA-patiënten; wat zijn en waren hun taken, bevoegdheden, rollen e.d., welke projecten en producten waren en zijn er; waar, tussen wie, waarom en hoe vindt en vond afstemming en coördinatie plaats tussen en binnen de primaire processen onderling en met de ondersteunende diensten en het management en bestuur; hoe beïnvloeden alle niveaus elkaar; wat is en was het ketentraject; wat zijn veranderingen en waarom zijn deze gemaakt; wat wordt en werd onder integrale zorg en ketentraject verstaan; welke doelen staan en stonden centraal bij het organiseren van het ketentraject; welke knelpunten, successen plannen en wensen zijn er ten aanzien van het organiseren en structureren van het traject.

Cultuur	welke culturen zijn en waren er; welke cultuurverschillen en -overeenkomsten zijn en waren er; wie had en heeft welke cultuur; wat is en was de invloed van cultuurverschillen en -overeenkomsten; welke cultuurverschuivingen hebben plaatsgevonden en vinden plaats en met welke consequenties en waarom; wat is een bij zorgketens passende cultuur; wat is en was de invloed tussen cultuur, structuur, wijze van organiseren en wijze waarop mensen met elkaar omgaan en omgekeerd; wat waren en zijn knelpunten, successen, plannen en wensen t.a.v. de cultuur.
Sociale verhoudingen	wie hebben en hadden met elkaar contact, waarom en op welke wijze; welke gevoelens zijn en waren er tussen wie en waarom; welke beelden heeft en had men van elkaar en waarom; tussen wie is en was er vertrouwen of wantrouwen en waarom; waarin is en was men afhankelijk van elkaar en voelde en voelt men zich afhankelijk van elkaar; had en heeft men kennis over elkaars werk; had en heeft men dezelfde of verschillende benaderingswijzen en werkwijzen, zo ja: welke; hoe zijn en waren de onderlinge verhoudingen en waarom; welke veranderingen in genoemde aspecten hebben plaatsgevonden en waarom; hoe beïnvloeden al deze de structuur en cultuur en omgekeerd; welke consequenties hebben en hadden positieve en negatieve onderlinge verhoudingen op de ontwikkeling; wat zijn succesfactoren, knelpunten, plannen en wensen aangaande onderlinge verhoudingen.
Belangen, macht, middelen	wat waren en zijn de missie en visie en waarom; welke wijzigingen hebben plaatsgevonden en waarom; wat is de invloed van de missie en visie op de structuur, cultuur, sociale verhoudingen en handelwijze en omgekeerd en waarom; om welke redenen is en was er enigheid of onenigheid over de missie en visie; welke redenen waren en zijn er om ketens te ontwikkelen en bij wie; welke doelen en belangen streven en streefden de verschillende organisaties/ medewerkers na; waren en zijn er belangenverschillen, machtsverschillen, verschillen in bronnenverdeling en zo ja, welke, bij wie en welke consequenties had en heeft dat; wat werd en wordt legitiem geacht; was en is er een gedeeld gemeenschappelijk belang; zo ja: welke, zo nee: waarom niet; waren en zijn er domeinstrijden en/of domeinconsensus: zo ja: tussen wie, waarover en met welke consequenties; waren er en zijn er conflicten, zo ja: waarover, tussen wie en met welke consequenties; waren er en zijn er samenwerkingsrelaties, zo ja: waartoe en tussen wie; wat is en was de invloed van macht, bronnen, doelen en legitimiteit bij ontwikkelingen in structuur, cultuur en onderlinge verhoudingen en omgekeerd; wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren t.a.v. macht, doelen, belangen en bronnen; wat zijn succesfactoren, knelpunten, plannen en wensen ten aanzien van doelen, macht, bronnen.

Het kwantitatieve onderzoek

Het kwantitatieve onderzoek heeft tot doel de ontwikkeling van zorgketens in getal te beschrijven. Het gaat hierbij om zorgketens in de periode 1998-2004 met organisaties uit de sector ouderenzorg (zorgketens met in ieder geval een verpleeghuis, verzorgingshuis of thuiszorgorganisatie). Er waren geen valide gegevens beschikbaar om de ontwikkeling voor 1998 te onderzoeken. De gegevens zijn verzameld door voor ieder verzorgingshuis, verpleeghuis en thuiszorgorganisatie in Nederland te achterhalen of deze in de onderzochte jaren gefuseerd zijn of zijn gaan fuseren en zo ja met wie. Voor ieder jaar in de periode 1998-2004 is een database gebouwd met de naam van de instellingen, het concern en de stichting waaronder de instellingen ressorteren, het soort fusie en de capaciteit. Deze databases vormen de basis van de analyses in hoofdstuk 5. In deze bijlage wordt per paragraaf uit hoofdstuk 5 besproken welke analyses verricht zijn.

Analyses voor paragraaf 5.2.1

In tabel 5.1 is de fusievorm van de stichting waaronder een verzorgingshuis, verpleeghuis of thuiszorgorganisatie ressorteert beschreven. Tabel 5.1 bevat alleen de gegevens over de jaren 1998, 2001 en 2004. De onderstaande tabel 1 bevat gegevens over alle jaren.

Deze gegevens zijn verkregen door voor ieder van deze organisaties in alle jaren in de databases bij te houden of zij stand alone waren of onderdeel waren van een horizontale, verticale of intersectorale stichting. Met frequentie-uitdraaien is het aantal en percentage organisaties naar stichtingsvorm achterhaald.

De ziekenhuizen, GGZ-instellingen en eerstelijns professionals met wie gefuseerd is, zijn tevens in de databases opgenomen. Om het totaal van deze organisaties te bepalen zijn bovengenoemde gegevens verzameld. De percentages zijn handmatig berekend op basis van deze gegevens over het totaal aantal organisaties en op basis van de gegevens uit de database over het aantal gefuseerde instellingen.

verzorgingshuizen	stand alone	horizontaal	verticaal	intersectoraal
1998	44% (n=599)	32% (n=438)	23% (n=321)	1% (n=5)
1999	37% (n=497)	32% (n=434)	30% (n=415)	1% (n=11)
2000	28% (n=372)	32% (n=428)	39% (n=516)	1% (n=20)
2001	24% (n=319)	29% (n=392)	45% (n=604)	2% (n=26)
2002	21% (n=279)	28% (n=382)	48% (n=642)	3% (n=40)
2003	18% (n=247)	27% (n=370)	51% (n=685)	4% (n=46)
2004	17% (n=222)	26% (n=348)	53% (n=708)	4% (n=58)
verpleeghuizen	stand alone	horizontaal	verticaal	intersectoraal
1998	33% (n=100)	11% (n=33)	55% (n=166)	1% (n=5)
1999	26% (n=77)	6% (n=17)	66% (n=204)	2% (n=8)
2000	17% (n=51)	3% (n=10)	75% (n=222)	5% (n=15)
2001	14% (n=43)	4% (n=13)	76% (n=230)	6% (n=18)
2002	11% (n=35)	4% (n=11)	77% (n=239)	8% (n=24)
2003	9% (n=28)	3% (n=9)	79% (n=244)	9% (n=28)
2004	7% (n=21)	2% (n=7)	80% (n=250)	11% (n=35)
thuiszorg	stand alone	horizontaal	verticaal	intersectoraal
1998	96% (n=107)		4% (n=5)	
1999	93% (n=107)		6% (n=7)	1% (n=1)
2000	88% (n=84)		10% (n=9)	2% (n=2)
2001	81% (n=80)		17% (n=17)	2% (n=2)
2002	71% (n=68)		27% (n=26)	2% (n=2)
2003	68% (n=61)		30% (n=27)	2% (n=2)
2004	57% (n=55)		41% (n=40)	2% (n=2)

Tabel 1. Fusievorm stichtingen van verzorgingshuizen, verpleeghuizen en/of thuiszorgorganisaties in de periode 1998-2004

Analyses voor paragraaf 5.2.2

Om de fusietrajecten van verzorgingshuizen en verpleeghuizen te achterhalen zijn de databases uit de verschillende jaren met elkaar vergeleken. Voor iedere organisatie is op basis van deze vergelijking bepaald of een organisatie in een specifiek jaar is gefuseerd en hoe de organisatie is gefuseerd. Op basis van deze vergelijking is een nieuwe database gebouwd met per organisatie per jaar de stichtingsvorm (variabele frgjaar), het type fusie (variabele typejaar), bijvoorbeeld van stand alone naar horizontaal of van verticaal naar horizontaal, en de aard van de fusie (variabele hoejaar), bijvoorbeeld zijn stichtingen of organisaties met elkaar gefuseerd, heeft een organisatie zich bij een bestaande stichting aangesloten.

De fusiegolven lopen ten einde maar de ontwikkeling van zorgketens niet en de aard van de fusies

De percentages in de tabellen 5.2 en 5.3 zijn op de volgende wijze verkregen: 1) voor ieder jaar frequentie uitdraaien van het type fusie (zie uitdraai 1); 2) percentages op basis van de aantallen uitrekenen.

Uitdraai 1		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
valid	geen fusie	1096	76,0	80,8	80,8
	van stand alone naar horizontaal	48	3,3	3,5	84,3
	van stand alone naar verticaal	44	3,0	3,2	87,5
	van stand alone naar intersectoraal	1	,1	,1	87,6
	van horizontaal naar horizontaal	23	1,6	1,7	89,3
	van horizontaal naar verticaal	55	3,8	4,1	93,4
	van horizontaal naar intersectoraal	5	,3	,4	93,7
	van verticaal naar verticaal	68	4,7	5,0	98,7
	van intersectoraal naar intersectoraal	5	,3	,4	99,1
	defusie van horizontaal naar stand alone	1	,1	,1	99,2
	defusie van verticaal naar horizontaal	9	,6	,7	99,9
	defusie van horizontaal naar verticaal	1	,1	,1	99,9
	defusie van verticaal naar verticaal	1	,1	,1	100,0
	Total	1357	94,0	100,0	80,8
missing	system	86	6,0	80,8	84,3
total		1443	100,0	3,5	87,5

Uitleg berekeningen op basis van uitdraai 1

- In 1999 zijn er 1357 verzorgingshuizen (zie uitdraai). De missings zijn verzorgingshuizen die nog niet bestaan in 1999. Van de 1357 verzorgingshuizen zijn 1096 niet gefuseerd. 12 verzorgingshuizen hebben in 1999 een fusie ontbonden. Totaal aantal gefuseerde verzorgingshuizen = $1357 - (1096 + 12) = 249$ huizen.
- het percentage verzorgingshuizen dat van stand alone naar horizontaal is gegaan is dan $48/249 * 100 = 19\%$
- Tabel 5.2 geeft het % verzorgingshuizen dat in 1999 is gefuseerd. Dit is voor 1999 als volgt berekend: $249 \text{ (huizen die fuseerden)} / 1357 \text{ (totaal aantal in 1999)} = 18\%$

De volledige tabel is de volgende:

	verzorgingshuizen	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totaal
van stand alone	naar horizontaal	19%	17%	10%	7%	11%	4%	12%
	naar verticaal	18%	18%	14%	9%	9%	8%	14%
	naar intersectoraal	<1%	<1%		<1%		1%	<1%
van horizontaal	naar horizontaal	9%	11%	9%	17%	12%	15%	12%
	naar verticaal	22%	17%	23%	8%	15%	16% ¹	17%
	naar intersectoraal	2%		2%	3%	1%		1%
van verticaal	naar verticaal	27%	33%	42%	49%	45%	46%	39%
	naar intersectoraal		3%		3%	2%	6%	2%
van intersectoraal	naar intersectoraal	2%			4%	5%	4%	2%
totaal fusies		18%	27%	18%	17%	14%	12%	n=1430
	verpleeghuizen	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totaal
van stand alone	naar horizontaal	3%	1%		1%			1%
	naar verticaal	30%	25%	11%	9%	11%	11%	17%
	naar intersectoraal		1%	5%	2%	5%	4%	3%
van horizontaal	naar horizontaal				4%			<1%
	naar verticaal	19%	8%	3%	2%		4%	7%
	naar intersectoraal	3%			4%	3%		2%
van verticaal	naar verticaal	40%	59%	81%	68%	68%	67%	62%
	naar intersectoraal		6%		5%	2%	8%	4%
van intersectoraal	naar intersectoraal	5%			5%	11%	6%	4%
totaal fusies		24%	33%	20%	18%	18%	15%	n=395

Tabel 2. Percentage verzorgingshuizen en verpleeghuizen naar type fusie

Voor alle verzorgingshuizen en verpleeghuizen is zoals gesteld bekeken wat de aard van de fusie was door de databases te vergelijken. Om de percentages uit deze paragraaf te berekenen is eerst per jaar berekend bij hoeveel fusies van verticaal naar verticaal het om aansluiting van een organisatie gaat. Bijvoorbeeld voor de fusies in 2001:

USE ALL.

COMPUTE filter_\$(fgr2001=3 and fgr2002=3).

VARIABLE LABEL filter_\$(fgr2001=3 and fgr2002=3 (FILTER)).

VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

FORMAT filter_\$(f1.0).

FILTER BY filter_\$.

EXECUTE .

FREQUENCIES

1. Leesvoorbeeld: In 2004 betreft 16% van alle fusies onder verzorgingshuizen fusies waarbij een horizontaal gefuseerde verzorgingshuis een verticale fusie is aangegaan.

VARIABLES=hoe2001
/ORDER= ANALYSIS .

Uitdraai 2		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
valid	geen fusie	404	67,8	67,8	67,8
	bij stichting zijn 1 of 2 huizen gekomen	52	8,7	8,7	76,5
	als huis bij stichting aangesloten	12	2,0	2,0	78,5
	twee of meer stichting samengevoegd	124	20,8	20,8	99,3
	nieuw huis	4	,7	,7	100,0
	Total	596	100,0	100,0	

Uitleg uitdraai 2: Van die huizen die zowel in 2001 als in 2002 onder een verticale stichting ressorteerden hebben 404 huizen geen fusie doorgemaakt, 52 een fusie doorgemaakt waarbij één of twee huizen zich bij hun zorgketen hebben aangesloten, 12 huizen een fusie doorgemaakt, omdat ze zich als zorgketen bij een bestaande zorgketen aansloten (naam zorgketen is onveranderd gebleven) en 124 huizen een fusie meegemaakt waarbij hun zorgketen met een andere zorgketen is gefuseerd tot een nieuwe zorgketen (nieuwe naam zorgketen). Vier huizen die nieuw bij een zorgketen zijn gekomen, zijn nieuw gebouwde huizen. Deze hebben dus tevens geen fusie meegemaakt.

Van alle jaren zijn deze frequentietabellen gemaakt. Het totale percentage is handmatig berekend door het totaal van de fusies waarbij het om aansluiting ging te delen door het totaal aantal fusies van een verticale naar een verticale vorm.

Ontbinden en verbinden

Met de uitdraaien over het type fusie en de aard van de fusie is berekend hoeveel huizen een fusie hebben ontbonden, of huizen naar een andere stichting zijn overgestapt en zo ja wat voor een stichting dit is geweest. Op basis van uitdraaien zoals voorbeelduitdraai 1 is voor alle jaren geanalyseerd wat het type ontbinding is geweest. Door de som van een type ontbinding over de jaren te delen door het totaal aantal ontbindingen is de volgende tabel verkregen.

	verzorgingshuizen n=64	verpleeghuizen n=21
van horizontaal naar stand alone	29%	
van horizontaal naar horizontaal	5%	
van horizontaal naar verticaal	5%	10%
van verticaal naar stand alone	14%	28%
van verticaal naar horizontaal	36%	33%
van verticaal naar verticaal	11%	29%

Tabel 3. Organiseervorm voor en na ontbinden fusie in procenten

De aard van de ontbinding (bijvoorbeeld overstappen naar een andere stichting) is op eenzelfde manier berekend, maar dan op basis van de variabele waarmee de aard van de ontbinding is vastgelegd.

Fusietrajecten

Om de fusietrajecten te achterhalen is een nieuw bestand gemaakt. In dit bestand zijn eerst alle huizen verwijderd, die niet onder een zorgketen ressorteren. Ook de huizen die in de loop van de jaren zijn ontmanteld of nieuw gebouwd zijn, zijn eruit gefilterd. Deze huizen hebben geen volledig fusietraject. Voorts zijn nieuwe variabelen gecreëerd om de fusiestappen te kunnen coderen. Deze variabelen zijn handmatig voor iedere organisatie ingevuld (1= stand alone, 2=horizontale stichting, 3=verticale stichting en 4=intersectorale stichting). Voor een organisatie die in de jaren 1998-2004 onder stichtingen ressorteerden met de volgende fusievorm: 1 1 2 3 3 3 werden de variabelen de volgende: fusie_1=1, fusie_2=2 and fusie_3=3 and fusie_4=0 (de organisatie was eerst stand alone, voorts is de organisatie horizontaal gefuseerd, daarna is de organisatie verticaal gefuseerd en daarna is de organisatie niet meer gefuseerd). Het traject is dus $1 \Rightarrow 2 \Rightarrow 3$.

Bij het bepalen van de fusietrajecten is aangenomen dat verpleeghuizen en verzorgingshuizen die in 1998 reeds verticaal gefuseerd waren vanuit een stand alone positie verticaal gefuseerd zijn als zij het enige verzorgings- of verpleeghuis in het concern zijn. Als in 1998 meer dan één verzorgings- of verpleeghuis onder het concern ressorteerde zijn de fusietrajecten als 'niet traceerbaar' gecategoriseerd. Het is dan niet te achterhalen of de huizen vanuit een stand alone positie zijn gefuseerd of via een horizontale fusie als tussenstap. Hetzelfde geldt voor huizen, die in 1998 onder intersectorale stichtingen ressorteerden. Wanneer deze aanname niet zou zijn gemaakt zijn de percentages als in tabel 4 gegeven. In deze tabel is daarbij het soort ontbindingstraject opgenomen.

traject	verzorgings- huizen		verpleeg- huizen		traject	verzorgings- huizen		verpleeg- huizen	
	%	n	%	n		%	n	%	n
1 ⇨ 3	23%	168	22% ²	54	3 ⇨ 3	36%	261	55%	137
1 ⇨ 4	1%	6	4%	10	3 ⇨ 4	3%	21	3%	8
1 ⇨ 2 ⇨ 3	5%	39	1%	2	4 ⇨ 4	1%	5	2%	5
1 ⇨ 2 ⇨ 4	<1%	2	<1%	1	3 ⇨ 1 ⇨ 3	<1%	3	1%	3
1 ⇨ 3 ⇨ 4	<1%	3	1%	3	3 ⇨ 2 ⇨ 3	1%	9		
2 ⇨ 3	24%	175	7%	17	1 ⇨ 3 ⇨ 1 ⇨ 3	<1%	1		
2 ⇨ 4	2%	16	2%	4	1 ⇨ 3 ⇨ 2 ⇨ 3	1%	4	<1%	1
2 ⇨ 3 ⇨ 4	1%	4			2 ⇨ 3 ⇨ 2 ⇨ 3			1%	3
2 ⇨ 1 ⇨ 3	<1%	2							
1 = stand alone 2 = horizontaal 3 = verticaal 4 = intersectoraal									

Tabel 4. Fusietrajecten naar zorgketens van verzorgings- en verpleeghuizen

Met crosstabs zijn steeds de aantallen combinaties bepaald. Bijvoorbeeld voor de verzorgingshuizen die drie fusies hebben doorgemaakt in tabel 4:

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(fusie_1>0 and fusie_2>0 and fusie_3>0 and fusie_4=0).

VARIABLE LABEL filter_\$ 'fusie_1>0 and fusie_2>0 and fusie_3>0 and fusie_4=0'+
' (FILTER)';

VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected';

FORMAT filter_\$ (f1.0).

FILTER BY filter_\$.

EXECUTE .

CROSSTABS

/TABLES=fusie_2 BY fusie_3 BY fusie_1

/FORMAT= AVALUE TABLES

/CELLS= COUNT .

Uitleg bij uitdraai 3: 39 verzorgingshuizen zijn van een stand alone positie naar een horizontale stichting gefuseerd en daarna verticaal tot een zorgketen gefuseerd.

2. leesvoorbeeld: van alle verpleeghuizen, die zorgketens ontwikkelen fuseert 22% vanuit een stand alone positie tot een zorgketen met een verticale fusievorm

Uitdraai 3			FUSIE_3		Total
FUSIE_1			3	4	
1	FUSIE_2	2	39	2	41
		3	0	3	
			39	5	
2	FUSIE_2	1	2	0	44
		3	0	4	
			2	4	
3	FUSIE_2	1	3		6
		2	9		
Total			12		9

Om de trajecten binnen de trajecten te kunnen bepalen (zoals in het kader in de betreffende paragraaf is omschreven) zijn de volgende analyses en bewerkingen uitgevoerd:

- alle hoe-variabelen zijn gehercodeerd
 van 1 = huis erbij krijgen is 100000 gemaakt
 van 2 = als huis erbij gaan is 2000 gemaakt
 van 3 = samenvoegen stichtingen is 3 gebleven
 De values, die niet ter zake doen voor deze analyse zijn naar 0 gehercodeerd.
- alle gehercodeerde hoe-variabelen zijn bij elkaar opgeteld tot hoetot: 200006 is daarmee: 2 x een huis erbij en 2 keer fusie van stichtingen
- door te selecteren op fusietraject en daarbinnen de variabele hoetot uit te draaien zijn de trajecten binnen de trajecten achterhaald.

De samenstelling van zorgketens

De jaarlijkse databases hebben de individuele huizen en woningen als cases. Om de gewenste gegevens te kunnen verkrijgen was het nodig om de stichting als cases te hebben. De databases moesten dus gekanteld worden, waarbij alle informatie van de onder de stichting ressorterende huizen bij elkaar opgeteld werden. Voor ieder jaar is een dergelijke database gemaakt. Het soort organisatie was als string variabele gecodeerd (bijvoorbeeld een verzorgingshuis had de code VZH). Deze string-variabelen zijn omgezet naar numeric-variabelen om het aantal organisaties naar type te kunnen optellen. Tenslotte zijn alle gegevens naar stichting geaggregeerd. De syntax is de volgende geweest:

RECODE

```
type ('COMBI'=1) ('SF'=2) ('SF/WC'=3) ('TZ'=4) ('VPH'=5) ('VZH'=6) ('WC'=7) INTO
type2 .
```

EXECUTE .

vervolgens voor ieder gehercodeerde stringvariabelen een syntax als de volgende:


```
RECODE
  type2 (1=1) (ELSE=0) INTO ncombi .
EXECUTE .
```

en daarna:

```
AGGREGATE
  /OUTFILE='F:\Database/naam nieuwe file'
  /BREAK=stichtin fusie
  /capvzh = SUM(capvzh) /cvphsom = SUM(cvphsom) /cvphpg = SUM(cvphpg) /vphng =
SUM(vphng) /alw = SUM(alw) /ilw = SUM(ilw) /sf
= SUM(sf) /woning = SUM(woning) /wonng = SUM(wonng) /dbsom = SUM(dbsom) /dbpg
= SUM(dbpg) /dbng = SUM(dbng) /vphprod =
SUM(vphprod) /afd = SUM(afd) /unit = SUM(unit) /dependan = SUM(dependan) /prodgeh
= SUM(prodgeh) /prodpsyc = SUM(prodpsyc)
  /zvz = SUM(zvz) /cva = SUM(cva) /extram = SUM(extram) /ncombi = SUM(ncombi) /nsf =
SUM(nsf) /nsfwc = SUM(nsfwc) /ntz =
SUM(ntz) /nvph = SUM(nvph) /nvzh = SUM(nvzh) /nwc = SUM(nwc).
```

Voor alle verticale zorgketens zijn eerst alle mogelijke combinaties bepaald. Per mogelijke combinaties is bekeken hoeveel stichtingen uit deze combinatie bestaan en hoe deze combinatie er in aantal uitziet. Bijvoorbeeld voor de combinatie verzorgingshuis met thuiszorgorganisatie en verpleeghuis in 2003:

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(nvzh>0 and nvph>0 and ntz>0 and ncombi=0).
VARIABLE LABEL filter_$ 'nvzh>0 and nvph>0 and ntz>0 and ncombi=0 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMAT filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE .
```

```
CROSSTABS
  /TABLES=ntz BY nvzh BY nvph
  /FORMAT= AVALUE TABLES
  /CELLS= COUNT .
```

Uitleg uitdraai 4: in 2003 zijn 17 zorgketens waaronder èn een thuiszorgorganisatie èn verzorgings- èn verpleeghuizen ressorteren. Twee zorgketens (vetgedrukt) zijn samengesteld uit 1 thuiszorgorganisatie, 3 verpleeghuizen en 4 verzorgingshuizen.

uitdraai 4			NVZH								Total
NVPH			1	2	3	4	5	6	7	9	10
1	NTZ	1	1	2	2		2	1	1	1	1
Total			1	2	2		2	1	1	1	1
3	NTZ	1				2		1		2	
Total						2		1		2	
4	NTZ	1									1
Total											1

De percentages in tabel 5.5 zijn berekend door het totaal aantal zorgketens met een bepaalde samenstelling te delen door het totale aantal zorgketens in een jaar. Bijvoorbeeld bij de combinatie van verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg in 2003: 17 gedeeld door 216 is 8%.

De combinaties van intersectorale zorgketens zijn handmatig bepaald. Dit was vanwege het kleine aantal intersectorale zorgketens mogelijk. De tabel 5 met intersectorale zorgketenvormen, waarnaar in hoofdstuk 5 wordt verwezen is de volgende:

zorgketens met	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ziekenhuizen	2	3	5	7	9	11	12
GGZ		1	2	2	3	3	4
eerstelij			1	1	1	1	1
GGZ en ziekenhuis							1
eerstelij en ziekenhuis							1

Tabel 5. Aantal intersectorale zorgketenvormen

Met de hier beschreven geaggregeerde databases kon ook tabel 5.4 gemaakt worden.

De omvang van de zorgketens

Per type organisatie is het maximum en minimum aan organisaties in een zorgketen uitgedraaid. Het totaal aan organisaties in zorgketens is berekend door het aantal verzorgingshuizen, verpleeghuizen, gecombineerde huizen, thuiszorgorganisaties, GGZ-instellingen, ziekenhuizen en eerstelijnsvoorzieningen (als $n=1$) middels de aanmaak van een nieuwe variabele bij elkaar op te tellen en daarna het maximum en minimum uit te draaien.

Voor figuur 5.1 is het percentage ouderenvoorzieningen (capaciteit) berekend door de som te nemen van de door verticale en intersectorale stichtingen beheerde capaciteit aan verzorgingshuisplaatsen, verpleeghuisplaatsen en dagbehandelingsplaatsen (inclusief verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen) en woningen en deze te delen door de totale capaciteit aan deze voorzieningen.

AFKORTINGEN

b	budgettaire bevoegdheden/ verantwoordelijkheden
CQI	Continuous Quality Improvement
combi	gecombineerd verzorgings- en verpleeghuis
CRM	Cliënt Relatie Managementsysteem
CVA	Cardio Vasculair Accident
DTH	De Twentsche Hof
EKO	Erkende Kruiswerk Organisatie
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
evv-er	Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundige
f	functionele bevoegdheden/ verantwoordelijkheden
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GOAC	Geriatrisch Observatie en Advies Centrum
h	hiërarchische bevoegdheden/ verantwoordelijkheden
HRM	Human Resource Management
MDO	Multidisciplinair Overleg
MT	ManagementTeam
NDT	Neuro Development Treatment
o	operationele bevoegdheden/ verantwoordelijkheden
p-team	Personeelsteam
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RvB	Raad van Bestuur
RvC	Raad van Commissarissen
RvT	Raad van Toezicht
SLA	Service Level Agreement
SMD	Stichting Maatschappelijke Dienstverlening
STBNO	Stichting Thuiszorg Brabant Noord Oost
SWO	Stichtingen Welzijn Ouderen
SZG	Stichting Zorgvoorzieningen Gorinchem
SZH	Stichting Zorgcentra Hengelo
TCT	Thuiszorg Centraal Twente
TQI	Total Quality Management
tz	Thuiszorg
V&V	Verpleging en Verzorging
vph	Verpleeghuis
VS	Verenigde Staten

VSV	Vereniging Samenwerkende Verzorgingshuizen
VTZ-team	VerpleegThuiszorg team
vzh	Verzorgingshuis
WZWO	Wonen, Zorg en Welzijn voor Ouderen

SAMENVATTING

In de gezondheidszorg is een onvrede ontstaan over de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Organisaties hebben jarenlang geïnvesteerd in het differentiëren en specialiseren van hun aanbod. De ontstane rijkheid aan voorzieningen is een groot goed in de zorgsector, maar het leidt ook tot problemen. De aanbodgerichtheid en versnippering, die hiermee gepaard gaan, belemmeren de samenhang, doelmatigheid en bestuurbaarheid van de zorg. In de zorgsector worden vele strategieën beproefd om deze knelpunten weg te nemen. Eén strategie is het ontwikkelen van zorgketens. Zorgketens zijn vormen van geïnstitutionaliseerde samenwerking van instellingen en beroepsbeoefenaren, gericht op het faciliteren van de samenwerking op het niveau van het management, de ondersteunende diensten en de primaire processen met het doel te komen tot bestuurbaarheid, doelmatigheid en een integraal aanbod voor cliëntcategorieën. De kern van de strategie is om organisaties te integreren binnen zware juridische constructies. De gedachte erachter is dat de fragmentatie in de zorg hiermee overwonnen wordt. Zorgketens zijn het resultaat van fusies en holdingvorming onder ongelijksoortige organisaties. Het zijn concerns met een eigen management en ondersteunend apparaat. In samenwerking met andere zorgaanbieders worden ketentrajecten ontwikkeld. Ketentrajecten zijn geïntegreerde primaire processen voor cliëntcategorieën. In ketentrajecten zijn voorzieningen en werkzaamheden van professionals zodanig op elkaar afgestemd dat cliënten altijd en overal zorg krijgen, die aansluit op hun integrale behoeften.

Het ontwikkelen van zorgketens is een erkende en veelvuldig nagestreefde strategie, maar ook een moeilijke en weerbarstige opgave. Zorgaanbieders worstelen met de vraag wat geschikte structuren zijn voor zorgketens. De ontwikkeling van zorgketens voltrekt zich daarbij over vele professionele en organisatorische domeinen. Er is steeds rekening te houden met de culturen, werkwijzen en belangen van actoren. Het ontbreekt echter aan kennis over de invloed van actoren, de structuren van zorgketens en de wijze waarop ontwikkelprocessen zich voltrekken. Deze studie beoogt hierin inzicht te geven. De vraag ***Op welke wijze verloopt de ontwikkeling van zorgketens?*** staat als probleemstelling centraal. Deze vraag is ontleed in de volgende deelvragen:

1. Vanuit welk samenstel van motieven worden zorgketens ontwikkeld?
2. Hoe verlopen de fusies tot zorgketens?
3. Welke structuren worden ontwikkeld voor zorgketens en wat is de aard van de structureeringsprocessen waarlangs de ontwikkeling zich voltrekt?

4. Hoe handelen actoren met het oog op hun belangen, sociale verhoudingen en culturele tradities en met welke processen gaat de ontwikkeling daardoor gepaard?

In de hoofdstukken 2, 3 en 4 zijn de theoretische en methodologische keuzes beschreven. Hierin wordt besproken dat de aspecten structuur, belangen, sociale verhoudingen en cultuur centraal staan in het onderzoek. Op basis van inzichten uit interorganisationale theorieën, institutionele theorieën en theorieën uit de Verenigde Staten wordt uitgegaan van de gedachte dat actoren de belangen van de zorgketen centraal gaan stellen en nieuwe structuren, culturen en sociale relaties ontwikkelen om te zorgen dat de doelen van de zorgketen worden behaald, maar hierbij altijd rekening houden met hun eigenbelangen, sociale verhoudingen en culturele tradities. Door de wederzijdse invloed van structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen verloopt de ontwikkeling van zorgketens langs vier processen van integratie en fragmentatie:

- Processen van structurele integratie en fragmentatie: processen waarbij afstemming tussen taken, functies en werkzaamheden van organisaties en beroepsbeoefenaren respectievelijk wordt gerealiseerd en doorbroken.
- Processen van culturele integratie en fragmentatie: processen, waarbij de waarden, normen, werk- en benaderingswijzen en symbolen van actoren respectievelijk gaan overeenstemmen en uiteenlopen.
- Processen van sociale integratie en fragmentatie: processen, waarbij de sociale verhoudingen tussen actoren respectievelijk positief en negatief geïntensiveerd raken.
- Processen van integratie en fragmentatie van doelen, belangen, macht en middelen: processen, waarbij de doelen, belangen, macht en middelen van actoren respectievelijk overeenstemmen en uiteenlopen.

Vanuit een aspectbenadering is onderzocht welke structuren voor zorgketens worden ontwikkeld, wat de belangen, sociale verhoudingen en culturen van actoren zijn, hoe deze veranderen en van invloed zijn op de ontwikkeling van structuren. Met kwantitatief onderzoek zijn daartoe ten eerste gegevens verzameld over fusies onder verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties en fusies van deze organisaties met ziekenhuizen, instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en eerstelijns professionals. Hiermee is inzicht verkregen in de momenten van ketenvorming, het aantal zorgketens, het soort organisaties in zorgketens en de omvang van zorgketens. Met drie case studies is ten tweede onderzocht hoe ontwikkelingen zich voltrekken op het niveau van het management, de ondersteunende diensten en de primaire processen. Twee ketentrajecten zijn geselecteerd om inzicht te krijgen in ontwikkelingen op primair procesniveau en wel het ketentraject wonen, zorg en welzijn voor ouderen en het CVA-ketentraject (patiënten met een Cardio Vasculair Accident, ofwel beroerte). Data zijn met interviews, documentenanalyses en participerende observaties verzameld. De interviews zijn gehouden met professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten.

Motieven voor het ontwikkelen van zorgketens en het fusieverloop

In hoofdstuk 5 komen de motieven voor zorgketenvorming aan de orde en de fusieprocessen die leiden tot het ontstaan van zorgketens. In dit hoofdstuk wordt ten eerste beschreven dat er vele interne en externe motieven zijn. Zorgketens ontstaan vanuit het zorginhoudelijke motief om zorg te verlenen die past bij de integrale vraag van cliënten. Vanuit financieel oogpunt worden zorgketens gevormd om budgetten en instroom te genereren en doelmatig werken te bevorderen. Het creëren van een regisserende eenheid met zorgketens zou vanuit een beheersingsoogpunt de voorwaarden bieden om de zorgverlening en bedrijfsvoering eenduidig aan te sturen. Het is ook een strategie om een krachtige positie in het veld te verwerven. Door de handen juridisch ineen te slaan worden organisaties onderdeel van machtige conglomeraten met een sterke onderhandelingspositie. In een klimaat waarin vraaggerichtheid en efficiëntie centraal staan, zouden zorgketens organisaties legitimiteit verschaffen. Het toenemende besef bij organisaties dat zij elkaar nodig hadden voor hun voortbestaan, heeft echter niet direct tot het ontwikkelen van zorgketens geleid. In eerste instantie zijn organisaties op de grensvlakken van hun domeinen met elkaar gaan samenwerken, in netwerken beleid gaan ontwikkelen en met fusies hun positie in het veld gaan verstevigen. Deze fusies zijn een tweede onderwerp van bespreking in hoofdstuk 5. Op basis van het kwantitatief verzamelde materiaal wordt beschreven dat inmiddels 57% van de verzorgingshuizen, 91% van de verpleeghuizen, 43% van de thuiszorgorganisaties en 18% van de ziekenhuizen onderdeel zijn van een zorgketen. De organisaties doorlopen een diversiteit aan fusietrajecten. Verzorgingshuizen fuseren veelal eerst horizontaal. Verpleeghuizen fuseren veelal direct tot een zorgketen. De zorgketens variëren in omvang en samenstelling. Met de tijd worden zorgketens steeds groter door fusies tussen zorgketens. Het percentage zorgketens met organisaties uit verschillende sectoren (bijvoorbeeld sector ouderenzorg en cure-sector) neemt toe.

Structuren en structureringsprocessen

In de hoofdstukken 6 en 7 worden de structuren en structureringsprocessen besproken. Zorgketens bestaan in het begin uit een verzameling organisaties met ieder een eigen management, ondersteunend apparaat, beleid en primaire procesgang. In zorgketens worden structuren ontwikkeld om de taken, werkzaamheden en functies in deze organisaties en van beroepsbeoefenaren op elkaar af te stemmen. Zes doelen staan daarbij centraal: het realiseren van integrale zorg, specialisatie, slagvaardigheid, bestuurbaarheid, efficiëntie en effectiviteit. Problematisch is echter dat specialisatie, efficiëntie en bestuurbaarheid vragen om het afstemmen van het management, de ondersteuning, het beleid en dezelfde primaire processen, terwijl integrale zorg, effectiviteit en slagvaardigheid om afstemming tussen deze niveaus en processen vragen. Geen structuur kan alle gewenste structurele integratie bewerkstelligen. Het maakt dat de structuurontwikkeling gepaard gaat met processen van structurele integratie en fragmentatie en dat zorgketens continu laveren tussen verschillende structureelalternatieven. Op concernniveau wordt voor de primaire processen gebalanceerd tussen een ordening naar divisies en een ordening naar regionale integrale eenheden. Ten

aanzien van de managementstructuur wordt geworsteld met keuzes voor de eenheid die managers aansturen en de bevoegdheden en verantwoordelijkheden die zij krijgen. Managers kunnen functionele en geïntegreerde eenheden aansturen en combinaties van hiërarchische, operationele, functionele en budgettaire verantwoordelijkheden en bevoegdheden krijgen voor managementgebieden en de zorg. Voor de ondersteunende diensten wordt gelaveerd tussen centralisatie en decentralisatie van de ondersteuning, het standaardiseren of differentiëren van het aanbod en het zelf leveren of uitbesteden van de ondersteuning. Bij het bepalen van een beleidsstructuur wordt gebalanceerd tussen het afdwingen van beleids-eenheid en het geven van beleidsvrijheid.

Op het niveau van de ketentrajecten worden voorzieningen ontwikkeld, geïntegreerd en regionaal verspreid om aan te sluiten bij de integrale vraag van cliënten. De taken en werkzaamheden van professionals worden ten tweede afgestemd met drie soorten coördinatiemechanismen. De inhoudelijke inzet van professionals wordt afgestemd met zorginhoudelijke mechanismen. Het ontwikkelen van deze mechanismen voltrekt zich langs het standaardiseren, formaliseren en multidisciplinair maken van de afstemming met multidisciplinaire overleggen, dossiers, overdrachtsformulieren en protocollen. Om te zorgen dat cliënten de zorg op het juiste moment en de juiste plaats krijgen ontwikkelen zorgketens de logistieke mechanismen: geïntegreerde informatie- en registratiepunten, eenduidige criteria voor in- en uitstroom, indicatie en zorgtoewijzing en signalerende en coördinerende rollen. Met personele mechanismen wordt gezorgd dat er altijd professionals aanwezig zijn die de zorg in samenhang kunnen leveren. Personele mechanismen zijn: cliëntvolgend werkende professionals, zorgcoördinatoren, multidisciplinaire teams, eenduidig behandelbeleid, clustering van patiënten, taakverbreding en taakspecialisatie. Problematisch is dat vormen van taakspecialisatie, gestandaardiseerde, geformaliseerde en monodisciplinaire mechanismen en geclusterde voorzieningen goede voorwaarden bieden voor het realiseren van specialisatie, efficiëntie en bestuurbaarheid, maar minder goede voor integrale zorg, effectiviteit en slagvaardigheid. Voor multidisciplinaire mechanismen, vormen van taakverbreding, coördinerende rollen, cliëntvolgende professionals en geïntegreerde voorzieningen geldt het omgekeerde. De ontwikkelingen in verschillende ketentrajecten interfereren daarbij met elkaar.

Zorgketens geven in de tijd verschillende prioriteiten aan de doelen om het spanningsveld te overbruggen. In het begin staan bestuurbaarheid, efficiëntie en specialisatie centraal om van de fuserende organisaties een krachtige zorgketen te maken. De besturen van de organisaties worden geïntegreerd. De zorg wordt in divisies georganiseerd en aangestuurd door functionele managers. De ondersteunende diensten worden centraal samengevoegd. Procedures en systemen worden geharmoniseerd en er worden centrale beleidskaders geformuleerd. Nadat het raamwerk van de zorgketen staat, voltrekt zich een proces van decentralisatie en integratie. Integrale zorg, effectiviteit en slagvaardigheid staan als doelen centraal. De zorg wordt in integrale eenheden georganiseerd. Het management en de ondersteuning worden aansluitend

aan de integratie in de primaire processen geherstructureerd. Functioneel management maakt plaats voor integraal management. De ondersteunende medewerkers worden in teams gededicaliseerd en managers krijgen enige beleidsvrijheid.

Het handelen van actoren

Voor actoren is de zorgketenvorming een ingrijpend proces. Hele organisaties worden uit elkaar getrokken en weer in elkaar geschoven en tussen organisaties worden verbindingen gelegd, waardoor professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten nieuwe taken, werkplekken en collega's krijgen. Vanwege deze consequenties oefenen zij invloed uit op de ontwikkelingen. Deze wederzijdse invloed voltrekt zich langs de belangen en culturen van actoren en de sociale verhoudingen tussen hen. In de hoofdstukken 8, 9 en 10 staat centraal hoe belangen, sociale verhoudingen, culturen en structuren van invloed zijn en met welke processen de zorgketenontwikkeling daardoor gepaard gaat.

Belangen

De zorgketenvorming is van invloed op de belangen van actoren, omdat zij worden losgeweekt van hun organisatie van oorsprong en verantwoordelijk worden voor de belangen, macht en middelen van de zorgketen. Actoren oriënteren zich bij het ontwikkelen van structuren echter sterk op de consequenties ervan voor hun eigenbelangen, macht, middelen en positie. In zorgketens is er een sterk geloof dat structuurontwikkelingen worden bevorderd als actoren in hun handelen niet hun eigenbelangen, maar die van de zorgketen centraal stellen. In zorgketens worden missies opgesteld om actoren te binden aan de belangen van de zorgketen. In de praktijk zijn actoren echter continu hun eigenbelangen tegen elkaar en tegen die van de zorgketen aan het uitspelen en aan het afwegen hoe zij hun interdependenties reguleren en met omgevingsinvloeden omgaan. Actoren hebben namelijk vele belangen, machtsbronnen en middelen. Als belangen staan het realiseren van kwaliteit van zorg, financiële rendabiliteit en het borgen van een krachtige positie op het spel. Om deze belangen te behartigen, streven actoren naar geldelijke middelen, cliënten, personeel, informatie en tijd. Tegelijkertijd streven zij naar status, expertisemacht, autonomie en marktaandeel. Het ontwikkelen van structuren heeft positieve en negatieve gevolgen voor alle belangen, middelen of machtsbronnen. Iedere actor heeft daardoor altijd tegelijk redenen om wel en niet aan de structuurontwikkelingen bij te dragen. Welk belang, machtsbron of middel een specifieke actor centraal stelt bepaalt daarom of zij bijdragen aan de zorgketenvorming.

Bij de concernstructuren centreert de strijdigheid en verenigbaarheid zich voornamelijk rondom het vraagstuk of managers en ondersteuners de macht en middelen behouden van hun eigen concernonderdeel of organisatie van oorsprong. De ontwikkeling van ketentrajecten wordt voornamelijk beïnvloed door de strijdigheid en verenigbaarheid van zorginhoudelijke, financiële en strategische belangen. Met het realiseren van integrale zorg is altijd een zorginhoudelijk belang gemoeid, maar bij het ontwikkelen van ketentrajecten kijken professionals (en managers

van de organisaties waar zij toe behoren) ook naar de consequenties voor hun financiële en strategische positie. De gevolgen van de ketentrajectvorming zijn groot, omdat deze gepaard gaat met een verschuiving van domeinen en het herverdelen van wie, wanneer, wat doet.

Of actoren samenwerkingspartners of concurrenten zijn speelt eveneens een rol. Actoren ontwikkelen, ongeacht of ze samen onder de zorgketen ressorteren of niet, vanuit deze perceptie structuren. Zij verzetten zich tegen het ontwikkelen van structuren met hun concurrenten en zij zoeken hun samenwerkingspartners op. Deze percepties zijn enerzijds historisch gegroeid. Actoren die vanuit het verleden samenwerken, reguleren hun nieuwe interdependenties sneller op symbiotische wijze dan actoren die van oudsher met elkaar concurreren. De wijze waarop actoren hun interdependentie reguleren vloeit anderzijds voort uit ervaringen met andere structuurontwikkelingen. Positieve ervaringen leiden tot nieuwe samenwerkingsverbanden. Negatieve ervaringen leiden tot afwijzend gedrag. Actoren houden daarbij rekening met veranderingen in de sociaal-politieke, demografische en economische omgeving, zoals nieuwe budgetsystematieken. Hoe sterk actoren zich door deze invloeden laten leiden en de dwingendheid ervan bepalen eveneens of structuren worden ontwikkeld. Alle actoren hebben tenslotte de neiging om zich aan te passen aan de structuren van anderen in het veld. Actoren kopiëren elkaars structuren om een positie in het veld te behouden.

Hier dwars doorheen spelen nog drie factoren een rol. Actoren zijn ten eerste niet altijd vrij om de zorgketen naar eigen inzicht vorm te geven. Zij kunnen vanuit hogerhand gedwongen worden om een structuur te implementeren. De zorgketens hebben ten tweede geen zeggenschap over actoren die niet onder het concern ressorteren. Door een scheve verdeling van macht en middelen kunnen tenslotte niet alle actoren evenveel gewicht in de strijd gooien. Ziekenhuizen hebben een dominante rol bij de CVA-ketrajectvorming. Bij de concernstructuren drukken de actoren die de zorgketenvorming hebben geïnitieerd een stempel op de structuurkeuzen.

Sociale verhoudingen

In hoofdstuk 9 staat de invloed van sociale verhoudingen centraal. Hierin wordt besproken dat positieve sociale verhoudingen van invloed zijn op de welwillendheid van actoren om met elkaar structuren te ontwikkelen en binnen de structuren met elkaar samen te werken. Met het ontwikkelen van structuren worden relaties flink door elkaar geschud. Professionals, managers en medewerkers van de ondersteunende diensten komen in contact met actoren met een geheel andere institutionele achtergrond of functie. In zorgketens worden uitwisselingen georganiseerd en informatieblaadjes verspreid om te zorgen dat actoren positieve relaties opbouwen. Of de relaties tussen actoren positief geïntensiveerd raken hangt echter af van wat actoren over andere personen, professies en organisaties weten en de waardering die zij voor elkaar hebben. Kennis is van invloed, omdat actoren niet geneigd zijn om structuren te ontwikkelen en niet in staat zijn om met elkaar samen te werken als zij niet van elkaar weten

wat anderen aan werkzaamheden verrichten en aan expertise hebben. De waarde die actoren aan het werk in andere organisaties hechten bepaalt of actoren afwijzend of ontvankelijk zijn voor samenwerking. De zorgketenvorming staat of valt tenslotte met de persoonlijke banden tussen personen. Behalve een persoonlijke klik bevordert het zakelijk kennen van personen de eenvoud waarmee managers, professionals en medewerkers van de ondersteunende diensten tot afstemming komen.

Problematisch is echter dat actoren in het begin weinig over elkaar weten. Zij hebben veelal slechts kennis over de zorg en ondersteuning in hun eigen organisatie. Zij baseren hun handelen op beelden die zij van elkaar hebben. Deze zijn doordrongen van een historisch gegroeide hiërarchie, waarbij het ziekenhuis aan kop staat en verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg naar afnemende rangorde volgen. Voor professionals ontbreekt een aanleiding om structuren te ontwikkelen als zij door onwetendheid of negatieve beelden niet inzien dat zij samen met anderen meerwaarde voor de cliënt kunnen behalen. Gebrek aan kennis, waardering en het niet persoonlijk kennen van professionals leidt tot onwil en onkunde om multidisciplinair te overleggen en werken, cliënten over te dragen, in andere organisaties cliëntvolgend zorg te verlenen en zorg te coördineren. Zij weten niet bij wie zij moeten zijn, zij willen hun cliënten niet aan hen overdragen en zij willen geen gehoor geven aan de noden en wensen in andere organisaties.

Managers moeten kennis opdoen over alle zorgsectoren en de ondersteuning om hun integrale managementtaak naar behoren te kunnen vervullen. Onder managers en tussen managers, professionals en medewerkers van de ondersteunende diensten ontstaan conflicten als managers bij gebrek aan kennis en waardering zorgvormen en ondersteuners voortrekken, verkeerd aansturen, foutieve verbindingen leggen, collega-managers neerbuigend bejegenen en als managers beleid maken dat niet aansluit bij de dagelijkse praktijk of het gewenste in de zorg en ondersteuning. Ondersteuners staan voor de taak om kennis op te doen over zorgvormen om passende ondersteuning te bieden. Ook hebben zij kennis over elkaar nodig om beleid af te stemmen en met de geharmoniseerde systemen te werken. Met de ondersteunende medewerkers ontstaan conflicten als zij onvoldoende deskundigheid hebben om aan te sluiten bij de wensen op primair procesniveau. Onder hen ontstaan problemen als zij zich neerbuigend opstellen naar inferieur geachte collega's. Zij willen niet met ondersteuners uit andere organisaties in teams samenwerken, systemen overnemen of naar bepaalde organisaties gedecentraliseerd worden.

Het ontwikkelen van zorgketens gaat gegeven al deze invloeden gepaard met processen van sociale integratie en fragmentatie. Enige scherpte in de verhoudingen heeft echter ook voordelen. Zij vormen een impuls voor actoren om elkaar met innovaties te overtroeven. Sociale integratie heeft als keerzijde dat actoren formele lijnen omzeilen en bondjes sluiten. Bij derden leiden de bondgenootschappen tot gevoelens van wantrouwen.

Culturen

In zorgketens nemen alle actoren de culturen van hun organisaties mee. Een zorgketen wordt daardoor een verzamelplaats van een diversiteit aan waarden, normen, werk- en benaderingswijzen en symbolen. Aan de aanwezige culturele diversiteit in zorgketens wordt in theoretische en praktijkgerichte verhandelingen doorgaans een belemmerende werking toebedeeld. In hoofdstuk 10 wordt inzicht gegeven in de inhoud van de verschillende culturen en betoogd dat niet de verschillen, maar de gedeeldheid en onenigheid onder actoren over de normen, waarden en benaderingswijzen de zorgketenvorming beïnvloeden. Of structuren tot ontwikkeling komen hangt af van de culturele integratie en fragmentatie die uit de cultuurverschillen ontstaat. Cultuurverschillen worden in zorgketens zichtbaar als actoren met elkaar in contact komen of hun werk- en benaderingswijzen moeten veranderen. De cultuurverschillen leggen een druk op de bereidheid van actoren om met elkaar samen te werken en nieuwe structuren te ontwikkelen als actoren hun eigen cultuur willen behouden en die van andere afwijzen. Ondanks cultuurverschillen gaat de zorgketenvorming met culturele integratie gepaard als actoren tot overeenstemming komen over werkwijzen en als hun handelwijzen consistent zijn met de voor de structuren benodigde. Cultuurverschillen leiden doorgaans echter tot culturele fragmentatie, omdat actoren vast houden aan de eigen manier van doen en in conflict raken met elkaar over de juiste manier van doen. In zorgketens wordt daarom veel aandacht besteed aan het realiseren van een zorgketencultuur. Een gedeelde zorgketencultuur zou het gevoel van eenheid geven, dat nodig is om het handelen van actoren in overeenstemming te brengen met de doelen van de zorgketen. Het ontwikkelen van een zorgketencultuur is een veel gehanteerde, maar ontoereikende strategie. De identificatie met de zorgketen waar deze strategie op stoelt druist in tegen de natuurlijke houding van actoren om zich te identificeren met de locatie of beroepsgroep die hun werkomgeving en levenssfeer nu eenmaal het meest beïnvloedt. Zeker voor actoren die nauwelijks betrokken zijn bij het ontwikkelen van structuren blijft de zorgketen een abstracte en ontastbare identiteit behouden. Het ontwikkelen van een zorgketencultuur langs gedeelde normen en waarden en symbolen doet tenslotte geen recht aan de cultuurvorming, die zich in de dagelijks praktijk onder actoren voltrekt. Processen van culturele integratie voltrekken zich grotendeels langs de confrontatie van werk- en benaderingswijzen in de dagelijkse praktijk. Of actoren structuren ontwikkelen hangt eerder af van hun bereidheid om andere culturen te accepteren en in hun werk in te bedden. Het ontwikkelen van zorgketens gaat daarom niet alleen gepaard met processen van integratie en fragmentatie rondom een zorgketencultuur, maar met een continue wisselwerking tussen processen van acceptatie en verwerping en processen van inbedding en afstoting van culturen.

De wijze waarop de ontwikkeling verloopt

In hoofdstuk 11 wordt aan de hand van het voorgaande geconcludeerd dat het ontwikkelen van zorgketens wordt opgepakt door het werk van professionals, managers en medewerkers van ondersteunende diensten in de zorgketen op elkaar af te stemmen, hen te binden aan de belangen, normen en waarden van de zorgketen en door te zorgen dat zij met elkaar gaan

samenwerken. In zorgketens worden voornamelijk structurele, culturele, sociale en op belangen gerichte integratiestrategieën ingezet. Uit deze studie blijkt echter dat het ontwikkelen van zorgketens ook gepaard gaat met processen van fragmentatie. De werkzaamheden van actoren raken slechts gedeeltelijk op elkaar afgestemd. Bestaande afstemming wordt soms verbroken. Actoren verbinden zich niet allen aan de doelen en cultuur van de zorgketen. Zij houden ook vast aan hun eigenbelangen en culturele tradities en zij wijzen belangen en culturen van anderen af. Tussen actoren ontstaan niet alleen positieve relaties. Actoren raken ook in conflict met elkaar. De ontwikkeling van zorgketens blijkt in de dagelijkse praktijk een complex proces te zijn, waarbij structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen van actoren in continue wisselwerking met elkaar de ontwikkeling voortduwen en remmen. Processen van integratie en fragmentatie wisselen elkaar af en treden soms gelijktijdig op. Zij leiden tot continu veranderende en verschillende structuren van zorgketens en verbondenheid onder actoren. De vormgeving van zorgketens hangt uiteindelijk af van de centraal gestelde doelen, tijd, het ziektebeeld van een cliëntengroep, de samenstelling van zorgketens, geïnstitutionaliseerde belangen en tradities, kennis en waardering, persoonsgebonden factoren, afwegingen die actoren maken, wijzen van omgaan met externe invloeden en historisch gegroeide relaties. De mate waarin actoren belangen en culturen gaan delen en positieve relaties ontwikkelen hangt af van de ontwikkeling van missies, visies en uitwisselingen, de mate waarin actoren in contact met elkaar komen, structuurontwikkelingen, de mate waarin actoren betrokken zijn bij ketenprocessen en de werkomgeving waar actoren zich mee identificeren.

In hoofdstuk 11 wordt betoogd dat er geen blauwdruk is voor zorgketens. Zorgketens zijn op vier ideaaltypische wijze te configureren: een beheersgerichte, een systeemgerichte, een instituutgerichte en een marktgerichte wijze. De configuraties variëren in mate van gerichtheid op het realiseren van beheersbaarheid en responsiviteit in de zorgketen en mate waarin belangen, posities en culturele tradities worden behouden en losgelaten. Iedere structuur heeft eigen voordelen en nadelen. Hoe goed de verschillende zorgketens presteren en hoe schadelijk de nadelige effecten zijn, is echter nog onhelder. In het algemeen lijken zorgketens meerwaarde te hebben boven minder bindende juridische constructies, maar echte evidence hierover ontbreekt. Wellicht is het nog te vroeg om uitspraken te doen over de waarde van zorgketens. Uit deze studie blijkt dat de ontwikkeling van zorgketens nog niet ten einde is. Het ontwikkelen van ketentrajecten is nog in volle gang. Het stroomlijnen van het management en de ondersteuning met de geïntegreerde primaire procesgang in ketentrajecten staat nog in de kinderschoenen. Nu breekt de fase aan waarin de concernvorming en ketentrajectvorming met elkaar in samenhang worden gebracht. Uit deze studie blijken het loslaten van oude belangen, culturen en routines en het hervinden en borgen van nieuwe ook tijd te kosten. Misschien zal de tijd het leren en is er enig geduld nodig alvorens de precieze waarde van zorgketens zichtbaar wordt. Anderzijds is het wellicht tijd om met gefundeerde feiten te komen. Aanbevolen wordt daarom om onderzoek te doen naar de evidence van verschillende zorgketenconfiguraties, de ontwikkelstrategieën en de meerwaarde van zorgketens boven andere

organiseervormen. Dan kan verder geborgd worden dat de juiste paden worden belopen in de volgende fasen in de zorgketenvorming.

SUMMARY

Dissatisfaction has arisen in the health care sector concerning the way in which care is organised. For years, organisations have invested in ways of differentiating and specialising their services. The resultant wealth of facilities has greatly enhanced the care sector, but it also creates problems. Resulting in a demand-oriented approach and fragmentation, it makes care less coherent and efficient, as well as more difficult to control. The sector is experimenting with a number of strategies in an attempt to eliminate these problems. One such strategy is the development of Integrated Delivery Systems. An Integrated Delivery System (IDS) is a form of institutionalised partnership between institutions and health care professionals, aimed at facilitating cooperation at the level of management, support services and primary processes in order to achieve greater control, efficiency and an integrated care package for categories of clients. The strategy centres on binding organisations by means of ponderous legal constructions – the underlying theory being to prevent fragmentation in the care sector. IDSs are the product of mergers and holdings between disparate organisations. They are concerns with their own management and support services. Integrated pathways – integrated primary processes for categories of clients – are developed in partnership with other care providers. These pathways align services and professional activities in such a way that clients always have access to care that meet their entire needs.

Developing IDSs is a recognised and widespread strategy, but at the same time it is a very cumbersome, complex task. Care providers wrestle with the issue of identifying suitable structures for such systems. Moreover, developing an IDS involves a large number of professional and organisational fields. Account constantly has to be taken of actors' cultures, working methods and interests. Yet there is a lack of knowledge concerning the influence of actors, the structures of IDSs and development processes. This study seeks to shed light on the matter, centring on the question **"How do IDSs develop?"** This question is broken down into the following sub-questions:

1. What complex of motives prompts the development of IDSs?
2. What do mergers to create an IDS entail?
3. What structures are developed for IDSs, and what is the nature of the processes by which such development is structured?
4. How do actors' interests, social relationships and cultural traditions affect their actions, and what processes thus accompany development?

Chapters 2, 3 and 4 describe the theoretical and methodological choices. They look at the way in which structures, interests, social relationships and cultures are central to the study. The study's premise – based on insights obtained from interorganisational and institutional theories, and theories currently in vogue in the United States – is that actors start to prioritise the interests of an IDS and develop new structures, cultures and social relationships to ensure that its objectives are achieved, but at the same time never lose sight of their own interests, social relationships and cultural traditions. Interaction between structures, interests, social relationships and cultures causes IDS formation to display four processes of integration and fragmentation:

- Processes of structural integration and fragmentation: processes whereby alignment of tasks, functions and activities (of organisations and health care professionals) is both effected and abandoned.
- Processes of cultural integration and fragmentation: processes whereby the values, norms, working methods, approaches and symbols adopted by actors both converge and diverge.
- Processes of social integration and fragmentation: processes whereby the social relationships between actors are intensified, both positively and negatively.
- Processes of integration and fragmentation of objectives, interests, power and resources: processes whereby the objectives, interests, power and resources of actors both converge and diverge.

An aspect-centred approach was used to establish what IDS structures have been developed, what the interests, social relationships and cultures of actors are, how these change, and how they influence the development of structures. Quantitative research was used, firstly to collect data on mergers involving residential care homes, nursing homes and domiciliary care organisations, and mergers of these organisations with hospitals, psychiatric care institutions and front-line professionals. Insights were thus gained into the moments at which an IDS is formed, the number of IDSs, the kind of organisations involved in IDSs and the scale of IDSs. Secondly, three case studies looked at the way in which developments occur at the level of management, support services and primary processes. Two integrated pathways were selected to obtain insights into developments at primary process level. The first of these pathways targets the residential, care and welfare needs of the elderly; the second is aimed at cardiovascular accident (stroke) patients. Data was obtained using interviews, document analysis and participatory observations. The interviews were held with health care professionals, managers and support staff.

Motives for developing Integrated Delivery Systems and the merger process

Chapter 5 examines the motives for creating IDSs and the merger processes underlying their creation. It first looks at the many internal and external motives. IDSs arise from a wish to deliver care that meets clients' needs as a whole. But financial motives also play a role: IDSs are

created to generate budgets and patient influx, and to promote efficiency. From the point of view of management, creating IDSs with control structures enables clear steering to be given to both care and management systems. Obtaining a powerful position in the field is also a motive. A legal linking of hands embeds organisations in powerful conglomerates with a strong negotiating position. The current emphasis on demand drivenness and efficiency means that IDSs have the potential to lend organisations legitimacy. However, organisations' increasing awareness that they needed each other to survive did not lead directly to the development of IDSs. They initially began working together at the interface of their mutual fields, developing policy through networks and strengthening their position in the field through mergers. These mergers are also described in the chapter. Quantitative data is used to show that 57% of residential care homes, 91% of nursing homes, 43% of domiciliary care organisations and 18% of hospitals are now part of an IDS. Merger pathways take diverse forms. Residential care homes tend to first form horizontal mergers, whereas nursing homes often merge straight into an IDS. IDSs vary in size and composition. They are gradually becoming larger as they themselves merge. The percentage of IDSs involving organisations from different sectors (e.g. the geriatric care sector and the curative sector) is increasing.

Structures and structuring processes

Chapters 6 and 7 look at structures and structuring processes. Initially, IDSs consist of a collection of organisations which each have their own management, support apparatus, policy and primary processes. Structures are developed within IDSs to align the tasks, activities and functions of these organisations and of health care professionals. This approach centres on six objectives: integrated care, specialisation, operational readiness, controllability, efficiency and effectiveness. However, the problem is that specialisation, efficiency and controllability require alignment of management, support services, policy and the same primary processes, whereas integrated care, effectiveness and operational readiness require alignment between these levels and processes. No single structure can provide all the desired forms of structural integration. As a result, the development of structures is accompanied by processes of structural integration and fragmentation, and IDSs constantly tack between alternative structures. In terms of primary processes, individual concerns perform a balancing act between classifying according to divisions and according to regional integrated units. As regards management structures, difficult choices arise as to what units managers should direct, and what powers and responsibilities should be assigned to them. Managers can direct functional or integrated units and be assigned combinations of hierarchical, operational, functional and budgetary responsibilities and competencies in the areas of management and care. The support services tack back and forth between centralising and decentralising support, standardising and differentiating supply, and providing support services themselves or outsource them. When determining policy structures, it is hard to find a balance between imposing a unified policy and granting freedom of policy.

At the level of integrated pathways, facilities are developed, integrated and distributed regionally to meet clients' integrated needs. Secondly, the tasks and activities of health care professionals are aligned with three types of coordination mechanism. Professionals' input is aligned with care-related mechanisms. Developing such mechanisms involves standardising and formalising alignment along multidisciplinary lines, using mechanisms such as: multidisciplinary consultation, files, transfer forms and protocols. To ensure that clients get the right care in the right place and at the right time, IDSs develop logistical mechanisms: integrated information and registration centres, clear intake and exit criteria, medical grounds for care, allocation of care, and responsibility for identification and coordination. Personnel mechanisms ensure that there will always be professionals who can provide care within an integrated network. They entail professionals working on a "client following" basis, care coordinators, casemanagers, multidisciplinary teams, clear treatment policy, patient clustering, broadening of tasks and task specialisation. The problem is that forms of task specialisation, standardised, formalised and monodisciplinary mechanisms and clustered services promote specialisation, efficiency and controllability, but do less to foster integrated care, effectiveness and operational readiness. The reverse is true of multidisciplinary mechanisms, forms of task broadening, coordinating roles, client-following professionals and integrated services. Thus, developments in different integrated pathways interfere with one another.

IDSs assign different priorities to objectives at different stages in an effort to resolve these tensions. Initially, the focus is on control, efficiency and specialisation, in order to fuse the merging organisations into a strong IDS. The organisations' managements are integrated. Care is organised into divisions, and directed by functional managers. Support services are incorporated into a central unit. Procedures and systems are harmonised, and central policy frameworks formulated. Once the IDS framework has been established, a process of decentralisation and integration takes place. Integrated care, effectiveness and operational readiness are the main aims. Care is organised in integrated units. Management and support services are restructured following the integration of the primary processes. Functional management makes way for integrated management. Support services are decentralised, with staff being assigned to teams, and managers are given some policy freedom.

Actors and their actions

The formation of IDSs has a far-reaching effect on actors. Entire organisations are torn apart and put back together again, and links are established between organisations, whereby health care professionals, managers and support staff are given new tasks, workplaces and colleagues. As a result, they influence developments. This mutual influence is shaped by the interests and cultures of the actors, and the social relationships between them. Chapters 8, 9 and 10 examine the impact of interests, social relationships, cultures and structures, and the attendant processes seen in the development of IDSs.

Interests

The formation of IDSs affects actors' interests, because they are detached from their original organisations and made responsible for the interests, power and resources of the IDS. However, as structures develop, actors focus very strongly on the impact of such development on their own interests, power, resources and position. There is a strong belief that the development of IDS structures will succeed if actors focus on the interests of the IDS, rather than their own interests. Missions are devised to bind actors to the interests of the IDS. In practice, however, actors are continually playing off their own interests against those of other actors and of the IDS, and weighing up ways of regulating their interdependency and coping with surrounding influences. This is because actors have a great many interests, sources of power and resources. The interests at stake are the achievement of care quality, financial viability and maintaining a strong position. In order to promote these interests, actors seek to obtain financial resources, clients, staff, information and time. At the same time they strive for status, the power of expertise, autonomy and a share in the market. The development of structures has positive and negative consequences for all interests, resources or sources of power. Consequently, actors always have both reason to contribute to such development and reason not to do so. The priorities assigned by individual actors to interests, sources of power or resources accordingly determine whether they contribute to the formation of IDSs.

As regards concern structures, potential for conflict and compatibility tends to centre around the issue of whether managers and support staff retain the power and resources that they had in their own concern unit or original organisation. The development of IDSs is largely influenced by the extent to which care-related, financial and strategic interests conflict or are compatible. Achieving integrated care always involves care-related interests, but in the development of integrated pathways, health care professionals (and the managers of the organisations to which they belong) also keep an eye on the consequences as regards their financial and strategic position. The formation of such pathways has a huge impact, because they involve the shifting of domains and the redistribution of roles and activities.

Whether actors are partners or competitors is also of influence. Irrespective of whether or not they fall under an IDS, actors develop structures from this perspective. They resist the development of structures with their competitors, and seek the partners they wish to work with. To some extent, these perceptions have grown within a traditional framework. Actors who are used to cooperative networks are quicker to organise their new interdependencies along symbiotic lines than actors who have traditionally competed with one another. But the manner in which actors regulate their interdependency also derives from experiences with the development of other structures. Positive experience leads to new cooperative networks. Negative experience sparks an attitude of rejection. In the process, actors take account of changes in their socio-political, demographic and economic surroundings, such as new budget systems. The extent to which they allow themselves to be influenced by such factors, and

the level of coercion involved, also determine whether structures are developed. Finally, all actors have the tendency to adapt to the structures of others in the field. Actors copy each other's structures in order to maintain their position in the field.

Three other factors play a role in this process. Firstly, actors are not always free to shape IDSs as they see fit. They can be forced to implement a structure by their superiors. Secondly, IDSs have no control over actors that do not fall under the concern. Finally, the unequal distribution of power and resources means that not all actors carry the same weight. For instance, hospitals play a dominant role in the creation of integrated pathways for stroke patients. In the case of concern structures, the actors who have initiated the IDS process influence the choice of structures.

Social relationships

Chapter 9 focuses on the influence of social relationships. It emerges that positive social relationships affect actors' willingness to develop structures with one another and to work together within those structures. The development of structures has a very disruptive effect on relationships. Health care professionals, managers and support staff come into contact with actors with very different institutional backgrounds or jobs. Exchanges are organised and information disseminated within IDSs, to ensure that actors establish positive relationships. Whether actors develop closer ties depends, however, on what they know about the other individuals, professions and organisations, and the extent to which they appreciate one another. Knowledge is influential, because actors are not minded to develop structures or work together if they do not know what the other's work involves or what kind of expertise they have. The value that actors attach to work in other organisations determines whether or not they are receptive to partnership. Finally, the success or failure of an IDS entirely depends on personal ties between individuals. In addition to getting on with one another, professional familiarity makes it easier for managers, health care professionals and support staff to align their work.

The problem, however, is that actors initially know very little about one another. Their expertise tends to be confined to care and support within their own organisation. They base their actions on the perceptions they have of one another. These are shaped by a traditional, hierarchical perception in which hospitals are ranked first, followed (with diminishing importance) by nursing homes, residential care homes and domiciliary care. Professionals have little incentive to develop structures if ignorance or negative perceptions mean that they cannot grasp that working with others will result in added value for clients. Lack of knowledge and appreciation, and not personally knowing professionals, leads to reluctance and inability to consult and work in a multidisciplinary framework, to transfer clients, to provide client-following care through another organisation, and to coordinate care. They do not know whom to approach, they do not wish to transfer their clients to them, and they are not interested in the needs and desires of other organisations.

Managers must acquire knowledge of all care sectors and support services in order to fulfil their integrated management tasks properly. Conflicts arise among managers, and between managers, health care professionals and support staff when lack of knowledge causes managers to favour forms of care and support, provide defective guidance, establish faulty links, look down on fellow managers, and devise policy that does not tie in with daily practice or desired approaches in care and support. Support staff face the task of acquiring knowledge about forms of care in order to be able to deliver appropriate support. They also need to know about one another in order to align policy and work with harmonised systems. Conflicts can arise with support staff if they possess insufficient expertise to tie in with wishes at primary process level. Problems arise among them when they treat certain colleagues as inferior. They do not wish to work in teams with support staff from other organisations, take over systems or work in a decentralised way for particular organisations.

Given all these influences, developing IDSs goes hand in hand with processes of social integration and fragmentation. However, a degree of competitiveness between actors has certain advantages. It can provide an incentive to outdo one another by means of innovations. The downside of social integration is that actors avoid formal frameworks and form alliances. These can cause suspicion among third parties.

Cultures

Actors bring the cultures of their organisations to IDSs. As a result, an IDS becomes a collection of diverse values, norms, working methods, approaches and symbols. Theoretical and practical treatises tend to see the cultural diversity in IDSs as having an obstructive effect. Chapter 10 provides an insight into the nature of the various cultures and argues that the formation of IDSs is influenced, not by the differences, but by divisions and disagreement between actors on norms, values and approaches. Whether structures develop depends on the cultural integration and fragmentation resulting from cultural differences. Cultural differences become visible in IDSs when actors come into contact with one another, or have to change their working methods or approaches. Such differences put a strain on actors' willingness to work together and develop new structures in cases when actors wish to retain their own culture and reject those of others. Despite cultural differences, IDS formation is accompanied by cultural integration when actors agree on working methods, and when their actions are consistent with what is required by the structures. However, cultural differences tend to lead to cultural fragmentation, because actors who try to work as they have always done disagree on how things should be done. A great deal of emphasis is therefore placed on achieving an IDS culture – the thinking being that a shared culture will bring about the sense of unity needed to align actors' actions with IDS objectives. Developing such a culture is a favoured strategy, but it is not the answer. Identification with the IDS (the strategy's aim) is at odds with actors' natural tendency to identify with the location or professional group that most influences their working and personal environment. An IDS remains an abstract and nebulous concept,

especially to actors who have very little involvement in the development of structures. Developing an IDS culture along the lines of shared norms, values and symbols does not ultimately take account of the process of cultural formation which actors experience in daily practice. Such processes largely take place against the background of clashes between working methods and approaches in everyday life. Whether actors develop structures depends more on their willingness to accept other cultures and incorporate these in their work. The development of IDSs accordingly goes hand in hand not just with processes of integration and fragmentation around an IDS culture, but with continued interaction between processes of acceptance and dismissal, and processes of incorporation and rejection of cultures.

The process of development

Chapter 11 concludes, on the basis of the foregoing, that the approach to developing IDSs involves aligning the work of health care professionals, managers and support staff, instilling them with the interests, norms and values of the IDS and ensuring that they work together. The integration strategies deployed in IDSs are primarily structural, cultural, social and interest-oriented. However, the study shows that the development of IDSs is also accompanied by processes of fragmentation. Actors' activities are only partially aligned. Existing alignment is sometimes terminated. Actors do not universally adopt the objectives and culture of the IDS. They also continue to adhere to their own interests and cultural traditions, and reject the interests and cultures of others. Interaction between actors is not always positive; they can enter into conflict with one another. In practice, the development of IDSs proves to be a complex process, whereby structures, interests, social relationships and actors' individual cultures alternately promote and hamper development in a continuous process of interaction. Processes of integration and fragmentation alternate, sometimes taking place simultaneously. They result in continually changing and different IDS structures and alliances between actors. Ultimately, the design of IDSs depends on centrally-set goals, time, the type of patients involved, the composition of such systems, institutionalised interests and traditions, knowledge and appreciation, personal factors, the motives of the various actors, ways of dealing with external influences and traditional relationships. The extent to which actors are prepared to share interests and cultures and develop positive relationships depends on the development of missions, visions and exchanges, the extent to which actors interact, the development of structures, the extent to which actors are involved in the development of integrated systems and the working environment with which actors identify.

Chapter 11 concludes that there is no blueprint for IDSs. There are four typical approaches as regards configuration: they can be control oriented, system oriented, institution oriented and market oriented. The configurations vary in the extent to which they are directed to achieving control and responsiveness, and the extent to which interests, positions and cultural traditions are preserved or abandoned. Each structure has its own advantages and disadvantages. However, it is not yet clear how well the various IDSs are performing and how damaging the

negative effects are. In general, IDSs appear to have added value compared to less binding legal constructions, but there is no hard evidence on this matter. It may be too early to make statements regarding the value of IDSs. The study shows that their development has not yet reached completion. The development of integrated pathways is still very much an ongoing process. Attempts to streamline management and support services with integrated primary processes in integrated pathways is still at an experimental stage. The stage is being reached at which the establishment of concerns and the establishment of integrated pathways is being combined. The study shows that abandoning old interests, cultures and routines, and devising and consolidating new ones is a time-consuming process. It may be that only time will tell, and that a certain amount of patience is needed before the true value of IDSs becomes clear. On the other hand, it may be time to produce hard facts. It is therefore recommended that the results of various IDS configurations, development strategies and the added value of such systems compared to others be investigated. This will help to ensure that the correct paths are taken in the following stages of IDS formation.

NAWOORD

Na jaren van onderzoek is het zover. Dit is hem dan: mijn proefschrift. Een proeve van bekwaamheid, zo wordt gesteld. Je vraagt je gaandeweg het proces soms echter af: waarvan? Welke proef doorsta je eigenlijk? Wat leer je ervan? Gaat het om wetenschap, doorzettingsvermogen, discipline, timemanagement of leer je jezelf gewoon erg goed kennen? Achterweg gezien is het vooral wetenschap en ook veel van het andere. Ik heb door mijn promotietraject de kans gekregen om kennis te maken met vele wetenschappelijke paradigmata, theorieën en methodologieën, die mij nog weinig bekend waren. Ik heb het belang mogen ontdekken van actorgecentreerde theorieën, kwalitatieve methoden en het combineren van paradigmata. Voor een sterk functionalistische en systeemtheoretische onderzoeker met een voorliefde voor kwantitatief onderzoek was het niet altijd eenvoudig om vanuit deze perspectieven te redeneren. De kennismakingen met deze inzichten hebben voor mij uiteindelijk wel geleid tot belangrijke wetenschappelijke lessen. Het was alleen niet altijd makkelijk om voldoende aandacht aan het proefschrift te geven. Het combineren van een promotietraject met een bachelorcoördinatorschap, het geven van onderwijs en het uitvoeren van andere onderzoeksprojecten is qua tijd en focus een uitdaging geweest. Het is boeiend en enthousiasmerend om naast een promotieonderzoek andere werkzaamheden te verrichten, maar tijd is helaas niet oneindig rekbaar en inspiratie niet planbaar. Ik ben blij dat ik mijn avonden en weekenden terug krijg en het iBMG dankbaar voor de tijd die mij is gegeven voor het schrijven van dit proefschrift. Ik heb in die tijd ook veel over mezelf mogen leren. Als promovendus word je geconfronteerd met jezelf. Een proefschrift schrijven is een zelfstandig en eenzaam proces. Toch is de allerbelangrijkste les dat je een proefschrift niet alleen schrijft. Ik ben velen zeer dankbaar voor hun bijdragen.

Mijn grote dank gaat uit naar mijn promotoren Pauline Meurs en Robbert Huijsman. Pauline, je bent gaandeweg het traject bij mijn proefschrift betrokken geraakt. Jij zorgde voor de benodigde integratie toen de richting en inhoud van het proefschrift gefragmenteerd was geraakt. Het is een mooie paradox dat je de inhoudelijke integratie bewerkstelligd hebt door mij (onder andere) te wijzen op het begrip en belang van fragmentatie. Je theoretische inzichten, reflecties op de materie, aanwijzingen om kritisch, overstijgend en in termen van dilemma's te denken zijn van enorme waarde geweest. Robbert, jij was vanaf het begin mijn promotor. Je hebt me altijd gesteund, ook al hebben we in het hele proces onze eigen momenten gekend van integratie en fragmentatie. Ik heb het grote geluk gehad om een promotor te hebben met veel kennis over zorgketenvorming. Je inzichten in de materie en je rijke ervaringskennis zijn onmisbaar

geweest voor het verkennen van de praktijk en het verdiepen van de analyse daarvan. Je hebt er ook voor gezorgd dat ik mijn onderzoek kon verrichten bij de cases, die ik zo graag wilde.

Mijn grote dank gaat ook uit naar Ton Kessels, Ben Fransen en Fred Pijls van Pantein, Kars Hazelaar, Pieter de Kort, Cor van Vlaanderen, Ina Vogels en Erik Kuypers van Rivas Zorggroep, Bert Bartelink van De Zorgschakel en Ton Swagerman, Fred de Gruil, Inez Sales en Jos de Blok van Carint. Voor een proefschrift als deze heb je vanzelfsprekend cases nodig. Het spreekt echter niet voor zich dat concerns hun deuren openen voor een onderzoeker. Jullie hebben mij de unieke gelegenheid gegeven om in de keuken van jullie zorgketens te kijken, jullie medewerkers te interviewen en allerlei documenten in te zien. Ik ben jullie zeer dankbaar hiervoor en voor de tijd die jullie hebben genomen om mij te helpen bij het selecteren en benaderen van respondenten en met mij van gedachten te wisselen over de onderzoeksresultaten en ontwikkelingen in jullie zorgketens. Alle respondenten van Pantein, Rivas Zorggroep en Carint wil ik bedanken voor hun deelname aan de interviews.

Naar WoonZorg Nederland gaat mijn dank uit voor de financiële bijdrage aan het promotieonderzoek. Tom van der Grinten wil ik bedanken voor zijn betrokkenheid bij het proefschrift in de beginfase. Je hebt geborgd dat het proefschrift in een academische omgeving tot stand kon komen. In de eindfase heb ik van velen hulp gekregen. Erik Schut wil ik bedanken voor zijn wijze woorden en tips. Ik heb daar veel aan gehad. Grote dank gaat ook uit naar AnneLoes van Staa en Harry Finkenflügel. Jullie hebben mijn tweede concept gelezen om met mij te kunnen discussiëren over de resultaten en mij te helpen bij de laatste verbeteringen. Jullie input is zeer waardevol geweest en ik ben jullie erg dankbaar voor de tijd die jullie erin hebben gestoken.

Esmé Hendriks en Reginald Verschoor zijn eveneens onmisbaar geweest. Jullie redactionele correcties hebben mijn opstel (zoals jullie mijn proefschrift noemen) leesbaar gemaakt. Geen omkering van zinnen meer (of in ieder geval minder) en de woorden 'er, voorts, ook, zullen en zal' hebben voor altijd een nieuwe betekenis gekregen. Samen met Robert Danen hebben jullie ook voor veel gezelligheid gezorgd en een altijd luisterend oor. Op naar klaverjasavonden zonder promotiepraat en een Oud en Nieuw zonder laptop in de tas! Esmé, ik vind het super dat je als paranimf naast me staat op mijn verdediging samen met Wendy Ophorst. Wendy, we hebben samen gestudeerd, ons afstudeerfeest gegeven, je bent samen met Katja en Suzanne altijd een goede vriendin gebleven en een belangrijke schakel in onze vriendengroep. Ik vind het echt geweldig dat je mijn paranimf bent en deze laatste fase in het promotietraject samen met mij aflegt.

Ik ben veel dank verschuldigd aan collega's en mijn vrienden. Jullie hebben allen van begin tot eind een belangrijke rol gespeeld. Jan, Elly, Luuk, Jan-Kees, Danielle, Ivon en Karen, dank ook voor jullie inhoudelijke input, nooit aflatende steun en interesse. Iedereen van de promo-

tieclub en de B&O-promovenda-club wil ik bedanken voor de inspirerende bijeenkomsten, waardevolle gesprekken en gezellige avonden.

Veel dank gaat ook uit naar mijn familie. Mama, papa, Rina, Florence, Marië, Arjan en Hans, dank dat jullie er altijd voor mij waren en mij altijd van waardevolle inzichten voorzagen. Julia en Dominique, door jullie kinderogen was de wereld altijd zo simpel en leuk. Veel knuffels.

Iedereen heel veel dank. Zonder jullie was dit proefschrift er nooit geweest.

CURRICULUM VITAE

Isabelle Fabbriotti is geboren te Voorburg op 23 december 1970. In 1989 rondde zij haar Gymnasium af op het Sint Maartens College te Voorburg. Na haar eindexamen is zij gaan studeren aan de Rijksuniversiteit Leiden, alwaar zij in 1990 haar propedeuse Franse Taal- en letterkunde behaalde. Haar interesse voor de gezondheidszorg leidde tot een overstap naar de studie Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Na het behalen van haar doctoraal in 1995 is zij aangesteld bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg als beleidsmedewerker onderwijs. Deze functie heeft zij vervuld tot 1999. Medio 1997 is deze functie parttime en vanaf 1999 fulltime uitgebreid met een onderwijs- en onderzoeksaanstelling bij de sectie Beleid en Organisationswetenschappen. Als wetenschappelijk docent heeft zij onderwijs gegeven en ontwikkeld voor verscheidene vakken in het doctoraalprogramma, de bachelor en Master Zorgmanagement. Sinds 2005 is zij coördinator van de bacheloropleiding Gezondheidswetenschappen, Beleid en Management Gezondheidszorg.

Als wetenschappelijk onderzoeker heeft zij naast haar promotieonderzoek aan verschillende onderzoeksprojecten deelgenomen op het terrein van ouderenzorg, diseasesmanagement en ketenzorg. Van 1997 tot 2000 verrichtte zij in samenwerking met de GGD in Rotterdam een vergelijkend onderzoek naar de kwaliteit van zorg en het zorggebruik in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en levensloopbestendige woningen. In 1999 en 2000 heeft zij onderzoek gedaan naar fusies, samenwerkingsverbanden en aanbod aan producten van ongeveer 200 ouderenzorginstellingen. In de jaren 2001-2003 is zij als adviseur en onderzoeker betrokken geweest bij de Transcompartimentale Experimenten. In deze zelfde periode heeft zij onderzoek gedaan naar de relatie tussen de prestaties en vormgeving van ketentrajecten en naar diseasesmanagementmodellen voor COPD-patiënten. In 2005 heeft zij bijgedragen aan een rapport voor het CPB over kwaliteits- en doelmatigheidswinst door zorginhoudelijke samenhang in de AWBZ-sector. Voor haar onderzoek naar levensloopbestendige woningen ontving zij in 2001 de Prof.dr. Buremaprijs.